
Année 1978 — N. 494

**POUR UN MEILLEUR AMÉNAGEMENT
DU
CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF**

Réflexions sur la base d'une expérience personnelle dans la ville de Feyzin,
localité de la banlieue lyonnaise.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1978

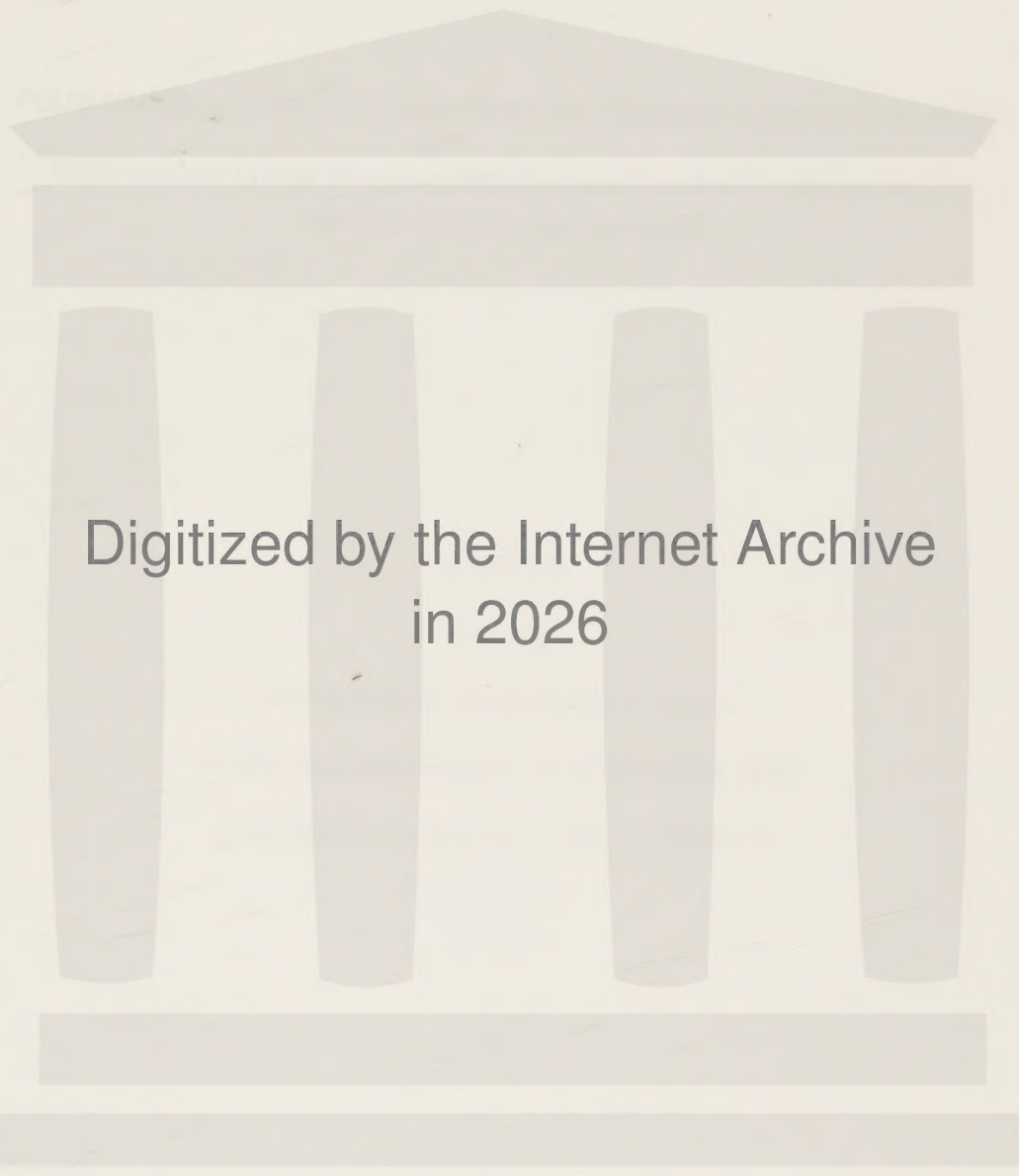
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DANDIEU Bernard

né le 14 Mars 1951

à Marmande (Lot et Garonne)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554223_0013

Année 1978 — N.

POUR UN MEILLEUR AMENAGEMENT DU CONTROLE MEDICO SPORTIF

**Réflexions sur la base d'une expérience personnelle dans la ville de Feyzin,
localité de la banlieue lyonnaise.**

T H E S E

présentée

à l'Université Claude Bernard - Lyon

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DANDIEU Bernard

né le 14 Mars 1951

à Marmande (Lot et Garonne)

Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé des Armées

1707 - 1708

THESE
DE
MÉDECINE
PRÉSENTÉE
PAR
M. DE MEDECIEN ALPHAS CARRER
LE 17 OCTOBRE 1707



1707
1708
1709
1710
1711
1712
1713
1714
1715
1716
1717
1718
1719
1720
1721
1722
1723
1724
1725
1726
1727
1728
1729
1730
1731
1732
1733
1734
1735
1736
1737
1738
1739
1740
1741
1742
1743
1744
1745
1746
1747
1748
1749
1750
1751
1752
1753
1754
1755
1756
1757
1758
1759
1760
1761
1762
1763
1764
1765
1766
1767
1768
1769
1770
1771
1772
1773
1774
1775
1776
1777
1778
1779
1780
1781
1782
1783
1784
1785
1786
1787
1788
1789
1790
1791
1792
1793
1794
1795
1796
1797
1798
1799
1800

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2433	2434	2435	2436	2437	2438	2439	2440	2441	2442	2443
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Premier Vice-Président - Professeur ELBAZ E.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

SUD-OUEST - Professeur NORMAND J.

U.E.R. de MECANIQUE - Professeur COMTE-BELL0T Geneviève.

.....

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT DE LA
FACULTE ALEXIS CARREL

1er CYCLE :

Anatomie - M. le Professeur BOUCHET Alain
Biologie - M. le Professeur GIROD Christian
Chimie-Biochimie : M. le Docteur NOFRE, Maître de Conférences Agrégé
Histologie-Embryologie-Cytogénétique : M. le Professeur GIROD Christian
Mathématiques-Statistiques : M. le Professeur SITE Jean
Physiologie : M. le Docteur PELLET Michel, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur SCHMITT Michel, Maître de Conférences Agrégé
Physique-Biochimie : M. le Professeur BERGER Michel
Psychologie Médicale : M. le Professeur GUYOTAT Jean
Sciences Sociales et Economie Médicale : M. le Professeur ROCHE Louis

2ème CYCLE :

Anatomie pathologique : M. le Professeur TOMMASI Michel
M. le Docteur LOIRE Robert, Maître de Conférences Agrégé

Bactériologie : M. le Professeur FLEURETTE Jean
Cardiologie : M. le Professeur GONIN André
M. le Professeur DELAHAYE Jean-Pierre
Chirurgie cardiaque : M. le Professeur MARET Gilbert
Chirurgie digestive : M. le Professeur MAILLET Paul
Chirurgie infantile : M. le Docteur DAUDET, Maître de Conférences Agrégé
Chirurgie osseuse-Orthopédique : M. le Professeur de MOURGUES Georges
M. le Docteur DAUDET Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Dermatologie : M. le Docteur PÉROT, Maître de Conférences Agrégé
Endocrinologie : M. le Docteur BERTHEZENE François, Maître de Conférences Agrégé
Gastro-Entérologie : M. le Docteur DESCOS Louis, Maître de Conférences Agrégé
Génétique générale : M. le Professeur HERMIER Michel
Gynécologie : M. le Professeur ROCHET Yves
M. le Docteur BREMOND Alain, Maître de Conférences Agrégé
Hygiène : M. le Docteur MONIER Jean-Claude, Maître de Conférences Agrégé
Maladies infectieuses : M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé du Val de Grâce
Maladies du Sang : M. le Professeur REVOL Louis

Médecine expérimentale : M. le Professeur MORNEX René

Médecine légale : M. le Professeur RÔCHE Louis

Médecine du Travail : M. le Professeur BOURRET Jacques

Néphrologie : M. le Professeur FRANCOIS Bernard

Neuro-Chirurgie : M. le Docteur FISCHER Georges, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur DERUTY Robert, Maître de Conférences Agrégé

Neurologie : M. le Professeur DEVIC Michel
M. le Docteur TROUILLAS Paul, Maître de Conférences Agrégé

Obstétrique : M. le Professeur GARMIER René

Ophtalmologie : M. le Professeur PAUPERT-RAVAULT Maurice

Oto-Rhino-Laryngologie : M. le Professeur MARTIN Henri

Parasitologie : M. le Docteur BATTESTI M. Rose, Chef de travaux

Pédiatrie : M. le Professeur FRANCOIS René

Pharmacologie : M. le Docteur EVREUX Jean-Claude, Maître de Conférences Agrégé

Pneumo-Phtisiologie : M. le Professeur TOURAINE Roger
M. le Docteur BERNARD Jean-Pierre, Maître de Conférences Agrégé

Psychologie : M. le Professeur GUYOTAT Jean
M. le Docteur MARIE-CARDINE Michel, Maître de Conférences Agrégé

Radiologie : M. le Docteur BUFFARD Pierre, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur CHOLLAT Louis, Maître de Conférences Agrégé

Rhumatologie : M. le Professeur MEUNIER Pierre

Séméiologie chirurgicale : M. le Docteur VIGNAL Jacques, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur TISSOT Etienne, Maître de Conférences Agrégé

Séméiologie médicale : M. le Professeur VIALA Jean-Jacques

Stomatologie : M. le Professeur DUMAS Pierre

Thérapeutique, Rééducation et réadaptation fonctionnelle : M. le Docteur EYSSETTE Michel, Maître de Conférences Agrégé

Traumatologie, chirurgie générale : M. le Docteur SPAY, Maître de Conférences Agrégé

Urgence-Réanimation : M. le Professeur DELEUZE Raymond
Mme le Docteur ESTANOVE Suzanne, Maître de Conférences Agrégé

Urologie : M. le Docteur PERRIN Paul.

A mon épouse, Geneviève

*Que ce travail auquel elle a participé
soit une preuve de l'amour que je lui porte.*

A la mémoire de mes grands-pères,

A mes grands-mères,

A mes parents,

*Que ce travail soit le témoignage sincère
de toute ma reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A mon frère et à ma soeur,

*Qu'ils soient assurés de toute mon
affection.*

A mes beaux-parents,

*Qu'ils soient remerciés de l'affection et
du soutien qu'ils m'ont toujours apportés.*

A mes beaux-frères et à mes belles-soeurs,

A mes neveux Vincent et Lionnel,

A toute ma famille,

A mes amis et à tous mes camarades,

A mes coéquipiers de la section rugby de l'E.S.S.A. et de
l'A.S.V.E.L.

A mon Ami Patrick HUGÉUX,

*Il a été l'instigateur et l'organisateur
de ce travail.*

A mon Ami Jacques AUCLAIR,

*Je le remercie de l'aide indispensable
qu'il m'a également apportée.*

Nous remercions de leur collaboration :

Monsieur le Médecin Principal J. BEAURY,
Monsieur SCHAFFRAN (D.R.J.S. de LYON),
Messieurs RIVOLLIER et CHANELIERE (O.M.S. de FEYZIN),
Monsieur FESCHET (Atelier "Etudes et Recherches" FEYZIN),

et tous ceux, pratiquants, éducateurs, entraîneurs et
dirigeants qui nous ont accordé leur confiance.

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur R. GUILLET
Chirurgien des Hôpitaux.

*Vous nous faites l'honneur de bien vouloir présider
notre jury.*

*Nous vous remercions de la confiance que vous nous
avez faite et vous exprimons ici notre très respectueuse
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur J. GENETY
chargé d'Enseignement à la Faculté de Médecine
Assistant du C.H.R. de LYON.

*Nous avons eu le privilège de bénéficier de son
enseignement à la Faculté et à l'Hôpital.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre reconnaissance et de notre profond respect.*

A nos juges :

Monsieur le Professeur M. SEPETJIAN

Monsieur le Docteur M. EYSSETTE

Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur E. TISSOT

Maître de Conférences Agrégé

*Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous
font en acceptant de juger ce travail.*

A nos maîtres dans les hôpitaux :

Monsieur le Professeur J.J. VIALA

Monsieur le Professeur G. DE MOURGUES

Monsieur le Professeur R. DELEUZE

Monsieur le Professeur R. GARMIER

Monsieur le Professeur A. BOUCHET

Monsieur le Docteur LUGAND

Monsieur le Médecin en Chef ALLOUARD

Monsieur le Médecin en Chef SAUVAGET

Monsieur le Médecin en Chef LECLAIRE

A Monsieur le Médecin Général THALABARD

Ophtalmologiste des Hôpitaux des Armées

Commandant l'Ecole du Service de Santé des Armées de LYON

A Monsieur le Médecin en Chef J. SEPETJIAN

Spécialiste des maladies du coeur et des vaisseaux

Biologiste du Service de Santé des Armées

Commandant en second l'Ecole du Service de Santé des Armées
de LYON

*Nous le remercions des conseils qu'il a
su nous donner sur et en dehors des terrains de rugby.*

MÉDECINE DU SPORT (DÉFINITION DU CONSEIL DE L'EUROPE) :

"Application de l'art et de la science de la médecine, d'un point de vue préventif et thérapeutique, à la pratique du sport et des activités physiques, en vue d'exploiter les possibilités qu'offre le sport de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et d'éviter les dangers éventuels".

I N T R O D U C T I O N

● Le souci des Pouvoirs Publics de promouvoir la Médecine du Sport comme une activité médicale spécifique est aujourd'hui indéniable. Cette louable évolution ne se fait pas sans certaines impatiences qui portent en elles bien des inadaptations et engendrent de lourdes difficultés.

- Le caractère multidisciplinaire de l'exercice de la Médecine du Sport constitue le premier obstacle sur lequel butent l'organisation et la mise en place des structures médico-sportives. Le large éventail des options de la Médecine du Sport moderne tend à mettre en opposition ses différentes missions :

- . mission préventive dans son rôle de sélection, d'orientation et de surveillance,
- . mission curative sous son double aspect : thérapeutique de la pathologie liée à l'activité physique, utilisation de l'activité physique comme moyen thérapeutique,
- . mission de recherche qui conditionne les progrès des deux précédentes.

- Le deuxième obstacle réside dans la difficulté de définir avec exactitude quelles doivent être les limites d'intervention de la Médecine du Sport dès l'instant où la notion d'activité sportive est elle-même difficile à cerner : sport - éducation physique, sport - loisir - détente, sport - entretien, sport - compétition, sport - profession ... A trop élargir son champ d'action, la Médecine du Sport risque d'y perdre son identité. A trop le restreindre, elle pourrait creuser un énorme fossé entre quelques médecins hyperspécialisés destinés à la prise en charge d'une élite et une grande majorité de praticiens concernés par la masse des sportifs pratiquants.

- Les différentes formes d'activités médico-sportives dictées par ces simples données expliquent les difficultés d'une unité d'action rendue pourtant indispensable par la divergence des formations et des préoccupations et sans laquelle on ne peut espérer la reconnaissance d'une spécialité médicale cohérente et devenue indispensable à la Santé Publique.

Les instances officielles, sans doute conscientes du retard accumulé dans ce domaine ont choisi très récemment de stimuler les différents responsables pour une action coordonnée et plus efficace, en exprimant un vœu prioritaire : réorganiser et valoriser la Médecine du Sport. De nouvelles dispositions réglementaires précisant l'intervention médicale dans le contrôle des activités physiques et sportives ont déclenché sans tarder des réactions très diverses dont la portée reste encore difficile à apprécier.

- Notre travail tente de faire le point, de susciter des réflexions, de proposer des solutions, sur un des volets essentiels de la Médecine du Sport, appelé communément "contrôle médico-sportif", terme générique ambigu mais consacré, que nous conserverons donc et sur lequel nous aurons l'occasion de nous expliquer.

Il a été inspiré par une expérience personnelle vécue dans le cadre de la ville de Feyzin, localité de la banlieue lyonnaise, sur l'initiative et le contrôle des Médecins Principaux AUCLAIR et HUGÉUX, responsables de la consultation de Médecine du Sport de l'H.I.A. Desgenettes, avec l'assentiment du Docteur J. GENETY qui dirige le Centre de Médecine du Sport du C.H.U. de Lyon dans le service du Professeur R. GUILLET à l'Hôpital Edouard Herriot.

Il veut être un ouvrage de vulgarisation, utile pour le lecteur concerné par les problèmes habituels du contrôle médico-sportif. A ce titre, il ne s'adresse pas spécifiquement au corps médical mais à tous ceux qui, de près ou de loin, en fonction de leur formation et de leurs préoccupations, peuvent être sollicités dans le cadre de cette activité.

- Il comprend cinq parties distinctes :

- La première partie est un bref résumé de l'action inaugurée il y a un an avec le soutien de l'Office Municipal des Sports de la ville de Feyzin.

- La deuxième partie est une approche globale du concept "contrôle médico-sportif" tel qu'il peut se percevoir en 1978 (historique, réglementation, organisation générale, objectifs médicaux).

- La troisième partie, plus précisément médicale, essaie d'exposer sous forme de conduites à tenir, les solutions aux problèmes les plus habituellement posés au praticien.

- La quatrième partie souhaite être une discussion constructive qui propose quelques remèdes "pour un meilleur aménagement du contrôle médico-sportif".

- La cinquième partie enfin est l'illustration pratique d'une telle démarche : la perspective d'un centre médico-sportif dans la localité feyzinoise.

CHAPITRE I

NOTRE EXPÉRIENCE A FEYZIN

I - LE CONTRÔLE MÉDICAL A L'H.I.A. DESGENETTES

II - LE CONTRÔLE MÉDICAL A FEYZIN

III - LE BILAN

NOTRE EXPÉRIENCE A FEYZIN

=====

En septembre 1977 les responsables du Rugby Club Feyzinois, association nouvellement créée, contactent les Médecins Principaux AUCLAIR et HUGÉUX pour assurer le contrôle médical de leurs futurs licenciés. L'intervention de ces derniers est rapidement ébruitée et quelques jours plus tard, ils sont sollicités par les membres de l'Office Municipal des Sports (O.M.S.) de la ville de Feyzin qui les convient à étendre leur activité à toutes les associations affiliées. Très occupés par ailleurs, ils acceptent de nous confier cette tâche sous leur contrôle et leur responsabilité. Nous leur devons d'avoir inauguré notre expérience personnelle de "médecin du sport" et d'avoir suscité les réflexions qui vont suivre.

I - LE CONTRÔLE MÉDICAL A L'H.I.A. DESGENETTES :

=====

Nos activités ont débuté en octobre 1977 dans le cadre de la consultation de Médecine du Sport de l'H.I.A. Desgenettes au rythme de 12 à 15 visites hebdomadaires essentiellement concentrées le mercredi après-midi, jour de congé scolaire.

A l'enthousiasme inaugural fit suite un absentéisme de plus en plus évident, avec des fréquentations réduites parfois à 2 ou 3 examens par semaine. Les excellentes relations entretenues avec les responsables de l'O.M.S. ainsi qu'avec les éducateurs des différentes sections autorisèrent à poser le problème sans ambiguïté. La désaffection enregistrée avait pour fondement une raison essentiellement matérielle, l'éloignement de la consultation et les problèmes inhérents à l'organisation des transports.

La réaction ne se fit pas attendre. Convaincu de l'efficacité même partielle de l'action entreprise, l'O.M.S. mettait à notre disposition des locaux (une pièce aménagée en salle d'examen et une salle d'attente) à l'intérieur de l'ancienne mairie de la ville après une période de transition très brève où les visites furent effectuées... dans la salle de gymnastique !!

II- LE CONTRÔLE MÉDICAL A FEYZIN

=====

A leur mise en place en décembre, les visites s'effectuèrent au rythme de une puis de deux (mercredi et samedi) vacations hebdomadaires de 3 heures chacune.

La fréquentation d'abord importante connut ensuite quelques anomalies d'origines diverses : mauvaise information avec imprécision dans les convocations, réticence de quelques dirigeants plus préoccupés à obtenir le certificat médical qu'à se soucier réellement de l'intérêt de l'action entreprise, méfiance aussi d'autres parties manifestement peu enclines à lui donner une bonne presse... Ces obstacles pourtant ne suffirent pas à en décourager les instigateurs, d'autant que l'adhésion se manifestait à nouveau après une séance d'information.

La demande actuellement se fait à différents niveaux : dirigeants, éducateurs, entraîneurs, familles, membres de l'O.M.S. ...

III- LE BILAN

=====

- Nous n'avons retenu que les dossiers complets, c'est-à-dire ceux des sujets ayant rempli le questionnaire médico-sportif au moment de leur visite.

Six associations ont été concernées :

Gymnastique	80
Natation	48
Tennis	42
Athlétisme	25
Hand-ball	23
Judo	12

Soit un total de 230 garçons et filles âgés de 8 à 18 ans.

● Sur les 230 sujets examinés, 14 présentaient des anomalies suffisamment importantes, connues ou non, pour motiver une consultation spécialisée.

Douze d'entre eux ont accepté de se soumettre au bilan demandé :

1 B. Sylvie - 18 ans - Judo :

- antécédent de scoliose dorso-lombaire traitée par corset de 14 à 15 ans et demi
- bilans clinique et radiologique normaux
- décision : "apte", surveillance bi-annuelle ; conseils d'hygiène posturale.

2 M. Christine - 17 ans - Gymnastique :

- terrain allergique à manifestations O.R.L. et respiratoires
- traitement de désensibilisation en cours
- décision : "apte".

3 M. Pascale - 14 ans - Gymnastique :

- surdité de perception unilatérale découverte à l'âge de 10 ans
- terrain allergique à manifestations O.R.L., non amélioré par le traitement de désensibilisation
- décision : "apte".

4 M. Sandrine - 7 ans - Gymnastique

- hypoacousie de transmission bilatérale
- terrain allergique à manifestations O.R.L., amélioré par le traitement de désensibilisation
- décision : "apte".

5 R. Cyriaque - 10 ans - Gymnastique

- asthme allergique connu et traité avec succès par le traitement de désensibilisation
- scoliose dorsale droite connue et surveillée annuellement
- décision : "apte" ; surveillance bi-annuelle.

6 V. Nathalie - 12 ans - Gymnastique

- souffle protomésosystolique préalablement ignoré, vraisemblablement anorganique
- bilans radiologique et E.C.G. normaux
- décision : "apte" ; surveillance annuelle.

7 L. Isabelle - 12 ans - Gymnastique

- souffle systolique infundibulo-pulmonaire préalablement ignoré, vraisemblablement anorganique
- bilans radiologique et E.C.G. normaux
- décision : "apte" ; surveillance annuelle.

8 P. Nadine - 14 ans - Gymnastique

- inégalité de longueur des membres inférieurs mesurée à 2 cm
- bilan radiologique
- prescription de semelle compensatrice
- souffle mésosystolique préalablement ignoré, vraisemblablement anorganique
- bilans radiologique et E.C.G. normaux
- décision : "apte" ; surveillance annuelle.

9 R. Georges - 9 ans - Gymnastique

- inégalité de longueur des membres inférieurs mesurée à 3,5 cm
- bilan radiologique
- prescription de semelle compensatrice
- décision : "apte" ; surveillance annuelle (épiphysiodèse envisagée).

10 B. Sylvie - 11 ans - Gymnastique

- inégalité de longueur des membres inférieurs mesurée à 1,5 cm
- bilan radiologique
- pas de prescription
- dysmorphie avec asymétrie scapulo-thoracique et latérogathie
- décision : "apte" ; surveillance annuelle.

11 V. Christine - 15 ans - Tennis

- instabilité chronique post-traumatique de la cheville droite
- bilan dynamique radiologique normal
- pas d'indication chirurgicale - prescription de rééducation proprioceptive
- souffle systolique connu, vraisemblablement anorganique
- bilans radiologique et E.C.G. normaux
- décision : "apte" ; surveillance annuelle.

12 G. Jean-Claude - 13 ans - Natation

- souffle protosystolique infundibulo-pulmonaire, connu, vraisemblablement anorganique
- bilans radiologique et E.C.G. normaux
- décision : "apte" ; surveillance annuelle.

Les deux derniers ont échappé aux investigations souhaitées sans pour autant poser de problème d'"aptitude".

13 F. Nathalie - 15 ans - Natation

- scoliose dorsale droite centrée sur une spina bifida occulta de D5-D6
- décision : "apte" ; orientation sportive confirmée ; surveillance annuelle.

14 C. Philippe - 16 ans - Natation

- scoliose dorso-lombaire gauche
- décision : "apte" ; orientation sportive confirmée ; surveillance annuelle.

Au total	Nombre	Découvert	Bilan inaugural
souffle systolique	5	3	5
déviati <u>o</u> n rachidienne	4	2	0
inégalité des M.I.	3	3	3
terrain allergique	4	0	0

9 sujets exigent une surveillance annuelle stricte

2 sujets une surveillance bi-annuelle

3 ne nécessitent pas une surveillance particulière.

2 sujets ont bénéficié d'une prescription orthopédique.

● On remarquera que ces visites systématiques pratiquées dans des conditions parfois peu rigoureuses ont pourtant "attiré l'attention" dans 6% des cas.

CHAPITRE II

LE CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF - ÉTUDE GÉNÉRALE

- I - L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF
 - A) Le fait médical
 - B) Le fait administratif
- II - LA RÉGLEMENTATION OFFICIELLE DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF
 - A) Le contrôle médical en matière d'éducation physique et sportive.
 - B) Le contrôle médical préalable à la compétition sportive
 - C) La surveillance médicale des athlètes de haut niveau.
- III - L'ORGANISATION GÉNÉRALE DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF
 - A) Le contrôle médico-sportif et le Ministère chargé des Sports :
 - 1 - Le Bureau Médical
 - 2 - Le Médecin Inspecteur Régional de la Jeunesse et des Sports
 - 3 - Le Médecin Inspecteur Départemental de la Jeunesse et des Sports
 - B) Le contrôle médico-sportif et les Fédérations sportives :
 - 1 - Les fédérations sportives
 - 2 - La médecine fédérale
 - C) Le contrôle médico-sportif et les Municipalités
 - 1 - Les Offices Municipaux des Sports (O.M.S.)
 - 2 - Les Centres Médico-Sportifs (C.M.S.)
 - 3 - Les Centres Médico-Sportifs Municipaux
 - a) la création d'un C.M.S. municipal
 - b) le fonctionnement d'un C.M.S. municipal
 - D) Le contrôle médico-sportif et le Service de Santé Scolaire
 - 1 - Le Service de Santé Scolaire ; principes généraux d'activité

- 2 - Le Service de Santé Scolaire et le contrôle des activités physiques et sportives
 - a) le Service de Santé Scolaire et l'éducation physique et sportive
 - b) le Service de Santé Scolaire et le sport scolaire
 - c) le Service de Santé Scolaire et les sections sport-études
 - d) bilan des attributions "médico-sportives" du Service de Santé Scolaire.

IV - LES OBJECTIFS MÉDICAUX DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF

- A) Le contrôle médico-sportif, acte médical "spécialisé"
- B) Le contrôle médico-sportif : sélection, orientation, surveillance
 - 1 - La sélection
 - a) les antécédents
 - b) l'examen clinique
 - c) la décision
 - 2 - L'orientation
 - a) l'orientation : pourquoi ? pour qui ?
 - b) l'orientation : comment ?
 - 3 - La surveillance
- C) Le contrôle médico-sportif ; objectifs et cadres d'activités

CONCLUSION

LE CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF

ÉTUDE GÉNÉRALE

=====

● Il est délicat de donner en première approximation sa véritable signification au vocable "contrôle médico-sportif".

Stricto sensu il introduit deux notions qui, à n'en pas douter, ont considérablement freiné son évolution. Pour certains, pratiquants, éducateurs, entraîneurs ou dirigeants, celle d'une vérification plus ou moins autoritaire, d'une inspection, d'une mainmise du corps médical sur les activités sportives, ce qui comporte un caractère d'ingérence difficilement supportable. Pour d'autres, une grande partie des praticiens, celle d'une intervention médicale plus ou moins passive, ponctuelle et peu glorieuse, éternel handicap de la Médecine Préventive. Les uns méfiants, les autres peu motivés, ont fait que depuis sa naissance officielle la notion de contrôle médico-sportif n'a donné le plus souvent au corps médical que des attributions purement théoriques. Il apparaît d'ailleurs que le concours des médecins dans l'évolution du "phénomène sportif" à l'intérieur de notre pays est souvent resté teinté de discrétion ...

● Très progressivement pourtant, le concept de contrôle médico-sportif s'est imposé de lui-même en prenant parallèlement une signification plus large. L'intervention médicale dans la vie sportive d'un pays moderne est devenue sans conteste une nécessité sociale. Certes nous l'avons dit, il est délicat sinon impossible de donner au Sport une signification univoque, ne serait-ce qu'en raison des déformations subies trop souvent par l'éthique sportive, victime d'effrayantes déviations d'ordre politique ou affairiste. Il n'en demeure pas moins que dans sa traduction quotidienne le "phénomène sportif" laisse peu de place aux incertitudes. Le médecin ne peut plus rester insensible à une telle donnée épidémiologique même si son rôle est parfois ambigu, nous n'en prenons pour exemple que la lutte menée contre le dopage...

I - L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF

• Pour situer le contrôle médico-sportif en France en 1978, il est indispensable d'en tracer un bref rappel historique, de son origine jusqu'à nos jours. La connaissance de cette dynamique évolutive est fondamentale pour comprendre ce qu'est aujourd'hui non seulement le "contrôle médico-sportif" mais la Médecine du Sport dans son ensemble, car leurs progrès se confondent étroitement.

• Le concept "médico-sportif" ne pouvait naître que de la Rencontre entre la Médecine et le Sport. Celle-ci eut lieu au début du siècle et surtout pendant la période de l'entre-deux guerres. L'essor considérable de la pratique des activités physiques et sportives à cette époque (extraordinaire développement des associations sportives et des fédérations rendu possible en particulier par la loi du 1er juillet 1901, introduction officielle du sport à l'Ecole...) la rendit inévitable, confrontant alors le corps médical à des problèmes posés avec toujours plus d'acuité : constatation des méfaits de l'activité physique mal "contrôlée" des enfants et des adolescents en âge scolaire, préoccupation des médecins militaires dans la sélection et l'entraînement des conscrits, développement d'une pathologie traumatique de plus en plus spécifique... Mais dans les faits, le médecin qui s'intéresse aux sportifs est encore surtout apprécié pour son rôle curatif.

• La véritable notion de "contrôle médico-sportif" se fait jour et s'affirme véritablement de l'entre-deux guerres à nos jours. Elle s'organise autour de deux faits fondamentaux indispensables et complémentaires :

- un fait médical : c'est le développement de la physiologie de l'exercice musculaire et de ses applications pratiques ;
- un fait administratif (nous sommes tenté d'écrire politique) : c'est la mise en place des premières structures de l'éducation physique et des sports.

A - Le fait médical :

Le début du siècle se caractérise par le désintérêt, la réticence, voire la désapprobation des médecins, plus enclins à dénoncer les excès qu'à louer les bienfaits des activités physiques et sportives. Pour la plupart cette attitude ne fait que cacher leur ignorance du "phénomène sportif".

Peu à peu une meilleure connaissance de la physiologie de l'exercice musculaire permet de préciser :

- les bases scientifiques de la "sélection médicale en vue du sport",
- les contre-indications totales ou partielles, définitives ou temporaires,
- l'utilisation des premiers tests de détermination objective de l'aptitude physique,
- les effets de tel ou tel type d'entraînement ou de telle ou telle discipline sportive.

Avec elle s'impose la nécessité du "contrôle médico-sportif".

B - Le fait administratif :

La première administration centrale spécialisée dans le domaine des sports est créée en 1920. Sous l'intitulé "Commissariat à l'Education Physique et aux Sports et à la Préparation Militaire", elle est rattachée au Ministère de la Guerre.

Avec des appellations différentes, ce Service est ensuite placé alternativement sous la tutelle du Ministère de l'Education Nationale ou de celui de la Santé Publique avant de devenir transitoirement un Ministère autonome en 1966. Il est de nouveau Secrétariat d'Etat directement rattaché au Premier Ministre en 1968 puis au Ministre de la Qualité de la Vie...

Il retrouve son identité en tant que Ministère de la Jeunesse et des Sports en 1978.

Ballotté d'un Ministère à l'autre, le "phénomène sportif" connaît bien des vicissitudes pour s'individualiser et s'affirmer. Cette évolution rend compte des difficultés à organiser une politique cohérente des activités physiques et sportives et par là même à y intégrer la Médecine du Sport. Un exemple caricatural est fourni par le développement, aux côtés de l'Administration Centrale de tutelle, de structures plus ou moins indépendantes concernant, les unes le sport scolaire et universitaire, les autres le sport civil, entretenant ainsi abusivement des équivoques non seulement terminologiques mais bien aussi conceptuelles.

La réglementation officielle du contrôle médico-sportif a été calquée sur l'évolution historique de ces structures avec la mise en place de dispositions progressivement complétées, modulées, voire totalement renouvelées.

II - LA RÉGLEMENTATION OFFICIELLE DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF

- Elle fait appel à une législation en constante évolution depuis les premiers textes en date de 1940 et 1942.

Il n'est pas dans notre intention d'imposer au lecteur une étude détaillée et fastidieuse de l'ensemble de ces dispositions réglementaires. Ce chapitre a pour but d'en exposer les grands principes à partir d'un texte fondamental récent.

- Le décret n° 77 554 du 27/05/1977 (J.O. du 6/06/1977) relatif au contrôle médical des activités physiques et sportives a le double avantage de faire la synthèse de multiples données éparpillées dans les textes antérieurs et de constituer une base solide de discussion.

• Le contrôle médical des activités physiques et sportives est obligatoire et s'exerce dans 3 cadres différents :

A - Le contrôle médical en matière d'éducation physique et sportive

- Il s'adresse aux élèves des établissements d'enseignement du premier et du second degré, publics ou privés, et les élèves et étudiants adhérant aux associations habilitées à participer à l'organisation de la pratique et de l'initiation sportives.

- Il a pour objet :

- . de dépister les affections contre-indiquant la pratique de l'éducation physique et sportive
- . d'assurer l'orientation sportive en fonction des prédispositions et des possibilités
- . de classer les intéressés dans un des groupes d'aptitude définis par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et du Ministre chargé des sports.

- Sont spécialement qualifiés pour effectuer ce contrôle, les médecins de santé scolaire et les médecins titulaires du certificat d'études spéciales de biologie et de médecine du sport.

- Les conclusions de ce contrôle, non soumises au secret, font l'objet d'extraits portés sur un livret sportif, qui peut être communiqué à toute personne participant à l'éducation de l'intéressé.

B - Le contrôle médical préalable à la compétition sportive :

- Il s'adresse aux licenciés des fédérations sportives, uni ou multidisciplinaires, engagés dans des compétitions.

- Il a pour objet :

- . de dépister les affections contre-indiquant les activités sportives
- . d'explorer les aptitudes
- . de classer les intéressés dans un des groupes définis ci-dessus.

- Il est assujéti à un règlement établi par chaque fédération sportive (approuvé par le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et le Ministre chargé des sports) qui en détermine la nature, précise les catégories d'âge des concurrents et les conditions dans lesquelles ils peuvent être admis à participer aux compétitions relevant d'une catégorie d'âge supérieure.

- Sont qualifiés pour effectuer ce contrôle les médecins titulaires du certificat d'études spéciales de biologie et de médecine du sport et les médecins agréés par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué.

- Il est sanctionné par un certificat médical d'aptitude renouvelé annuellement.

C - La surveillance médicale des athlètes de haut niveau

- Elle s'adresse à tout athlète de haut niveau, amateur ou professionnel.

- Elle a pour objet de veiller à la santé physique et morale de l'athlète.

- Elle est assurée par la fédération sportive compétente.

- Sont qualifiés pour l'effectuer les médecins titulaires du certificat d'études spéciales de biologie et de médecine du sport, les médecins agréés par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué, les médecins des services médicaux relevant du Ministre chargé des sports ou ayant reçu son agrément.

- Ce décret, nous y reviendrons, appelle d'emblée quelques commentaires :

- Par la masse des sujets concernés et la définition qu'il donne de ses objectifs, il inscrit définitivement le contrôle médico-sportif dans la panoplie des activités médicales à vocation préventive principale.

- Il définit sans ambiguïté les 3 cadres fondamentaux où il doit s'exercer.

- Il conserve les objectifs traditionnels du contrôle médico-sportif : SÉLECTION - ORIENTATION - SURVEILLANCE, mais leur donne une résonance différente en fonction du cadre où il s'exerce.

- Il se soucie de l'évolution des aspects techniques du contrôle médico-sportif en faisant appel aux compétences particulières, tout en précisant les responsabilités (médecins spécialement habilités, fédérations chargées d'assurer à leurs membres des contrôles médicaux adaptés aux activités sportives pratiquées).

- Il fait la preuve aussi de ses limites, ignorant l'organisation administrative qui fournirait l'infrastructure indispensable à la réalisation d'un tel contrôle.

III - L'ORGANISATION GÉNÉRALE DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF :

● Sa complexité est liée à la juxtaposition de structures médico-sportives plus ou moins indépendantes, elles-mêmes en rapport avec l'évolution de l'organisation administrative de la Médecine du Sport en France.

Le tableau I (pages 41 et 42) rend compte des grandes composantes de cette organisation.

Le texte insiste sur les structures qui, dans le contexte actuel, paraissent essentielles, en précisant leurs principales attributions.

A - Contrôle médico-sportif et Ministère chargé des sports :

Le Ministère de la Jeunesse et des Sports est divisé en quatre Directions dont la Direction de l'Education Physique et des Sports (les Services Régionaux et Départementaux ont adopté la même organisation administrative).

1 - Le Bureau Médical (né d'une circulaire ministérielle du 7/03/1968) dépend directement du Directeur de l'Education Physique et des Sports et regroupe tous les services médicaux du Ministère.

Il reçoit comme attributions le contrôle médico-sportif, la surveillance des athlètes de haut niveau et la Préparation Médicale Olympique (P.M.O.), la rééducation physique et le contrôle médical des futurs enseignants de l'éducation physique, la coordination des services médicaux des établissements du Ministère de la Jeunesse et des Sports, la recherche médicale et psychologique appliquée aux sports, la participation à l'enseignement de la Médecine du Sport.

2 - Le Médecin Inspecteur Régional de la Jeunesse et des Sports (M.I.R.J.S.) :

Parmi ses attributions de médecin conventionné, nous retiendrons qu'il est :

- Président de droit de la Commission médico-sportive régionale,
- chargé des rapports avec l'Ordre des Médecins, des Syndicats Médicaux, la Direction de la Santé, la Faculté de Médecine, le Service de Santé Scolaire et Universitaire, l'Autorité Militaire et tous autres organismes avec lesquels il est souhaitable de collaborer en vue d'étendre le contrôle médico sportif,
- responsable du contrôle médical des futurs enseignants de l'Education Physique
- responsable du contrôle médical des athlètes de haut niveau et de la P.M.O.

Il doit par ailleurs :

- assurer la coordination entre les consultations hospitalières de Médecine du Sport, l'enseignement de la Médecine du Sport et la Société Régionale de Médecine du Sport,

- transmettre, après avis, pour décision du Bureau Médical du Ministère, les demandes d'agrément des Centres Médico-Sportifs (C.M.S.) et les demandes d'attribution de matériel, les propositions de subventions au titre de contrôle médico-sportif pour les Centres agréés et pour les associations sportives organisant elles-mêmes ce contrôle.

3 - Le Médecin Inspecteur Départemental de la Jeunesse et des Sports (M.I.D.J.S.) :

Il complète à son échelon l'action menée par le M.I.R.J.S.

- De tout cela, il faut retenir le rôle essentiel que peut jouer le M.I.R.J.S. dans le développement du contrôle médico-sportif. Il peut y manifester son autorité ou son influence dans toutes les rubriques.

B - Contrôle médico-sportif et fédérations sportives :

1 - Les fédérations sportives :

- Loi n° 75-988 du 29/10/1975 (J.O. du 30/10/1975) relative au développement de l'éducation physique et du sport.

Article 11 : "Les fédérations sportives regroupent les associations, les sociétés d'économie mixte, les licenciés d'une ou plusieurs disciplines sportives.

Elles exercent leur activité en toute indépendance.

Elles sont placées sous la seule tutelle du Ministre chargé des sports".

- Ainsi l'Etat en déléguant ses pouvoirs aux fédérations sportives leur permet de diriger effectivement le sport français. Seules leur échappent les activités physiques et sportives scolaires et universitaires.

Le Ministère a certes un rôle de tutelle dans le sens de soutien technique, matériel, financier et moral. Dans les faits, la dépendance de chaque fédération est surtout liée à l'importance des subventions qui lui sont versées, ce qui permet à certaines, souvent les plus importantes quantitativement, d'être très autonomes !!

● On en distingue classiquement deux types :

- les fédérations unidisciplinaires qui régissent une discipline sportive (olympique ou non olympique)
- les fédérations multidisciplinaires ou affinitaires qui regroupent des clubs pouvant pratiquer plusieurs disciplines.

Elles sont habituellement liées, par des protocoles d'accord, aux fédérations unidisciplinaires.

Elles sont plus ou moins bien connues bien que comptant un nombre non négligeable de licenciés. Parmi elles citons :

- . l' U.F.O.L.E.P. (Union Française des Oeuvres Laïques d'Education Physique)
- . la F.S.G.T. (Fédération Sportive et Gymnique du Travail)
- . la F.S.C.F. (Fédération Sportive et Culturelle de France)

2 - La médecine fédérale : Loi précitée.

Article 13 : "Les fédérations sportives délivrent les licences. La participation aux compétitions sportives est subordonnée à la présentation d'un certificat médical d'aptitude. L'inobservation de cette obligation peut entraîner le retrait temporaire ou définitif de la licence sportive.

Les groupements sportifs et les fédérations assurent à leurs membres des contrôles médicaux adaptés aux exercices physiques et sportifs pratiqués. L'inobservation de cette obligation peut entraîner le retrait de l'agrément ou de l'habilitation".

● La responsabilité des fédérations sportives est ainsi fermement engagée à 3 niveaux :

Non seulement le contrôle médico-sportif est obligatoire pour tout licencié pratiquant la compétition mais il doit être assuré par la fédération et adapté à la discipline sportive, ce qui ne manque pas d'effrayer quand on connaît la précarité actuelle et l'efficacité pour le moins suspecte de la plupart des structures médico-sportives fédérales.

● C'est ainsi que le 8 février 1978, le Directeur de l'Education Physique et des Sports recevait les médecins fédéraux nationaux insatisfaits quant à la place qu'ils occupent à l'intérieur des fédérations et quant à l'insuffisance de la médecine fédérale.

Le 31 mars 1978 le même Directeur réunissait les représentants des fédérations sportives avec pour objet "la situation actuelle de la Médecine du Sport au sein des fédérations".

L'analyse de la situation confirmait la nécessité de donner aux médecins fédéraux les moyens de participer effectivement à la vie fédérale au même titre que les autres techniciens. Sont proposés :

- un projet de statut du médecin fédéral, national et régional, qui a valeur indicative et sera aménagé en fonction des impératifs de chaque discipline sportive. Il doit exister dans chaque fédération et définir parfaitement les conditions de nomination, les droits, les devoirs et les moyens du médecin fédéral.

Chaque fédération se devait d'établir et de soumettre un projet définitif dans un délai de 3 mois pour agrément au cours d'une réunion de synthèse.

- un schéma indicatif concernant la structuration de la commission médicale fédérale nationale et des sous-commissions qui en dépendent.

- un projet concernant la surveillance des sportifs de haut niveau afin d'en permettre un contrôle régulier et la coordination nécessaire entre l'action des médecins fédéraux et celle des médecins exerçant dans les services médico-sportifs supervisés par le Ministère de la Jeunesse et des Sports.

C - Contrôle médico-sportif et Municipalités

● Les Municipalités, par l'intermédiaire des Offices Municipaux des Sports (O.M.S.) réunis dans une Fédération Nationale (F.N.O.M.S.) jouent un rôle déterminant pour l'essor du contrôle médico-sportif.

La majorité des structures médico-sportives de base, en particulier les C.M.S., ont été créées et continuent à se développer sur l'initiative des O.M.S.

1 - Les Offices Municipaux des Sports :

● Les O.M.S. sont des associations définies par l'article 1 de la loi du 1/07/1901 et sont régis par des statuts types personnalisés ayant reçu le 1/03/1963, l'accord du Haut Commissariat de la Jeunesse et aux Sports.

L'article 2 du titre premier de ces statuts précise que l'O.M.S. a pour objet général, en liaison avec les autorités municipales :

- de soutenir, d'encourager et de provoquer tous efforts et toutes initiatives tendant à répandre et à développer la pratique de l'éducation physique et des sports et le contrôle médico-sportif.

- de faciliter dans les mêmes domaines une coordination des efforts et le plein et meilleur emploi des installations, du personnel permanent et des animateurs bénévoles existant dans la commune intéressée".

● Deux erreurs doivent être évitées dans la conception qui peut être faite d'un O.M.S. :

- considérer que l'O.M.S. est un organisme s'intégrant dans les services administratifs de la Municipalité, qu'il est susceptible de remplacer les organes d'exécution, bref qu'il dirige l'éducation physique et les sports dans la localité. Cette conception est fausse mais aussi dangereuse car engendrant obligatoirement des heurts avec les élus municipaux qui, seuls, sont responsables, devant la population.

L'O.M.S. est un organisme consultatif qui peut et doit aider une Municipalité à prendre des décisions en toute connaissance de cause sans jamais avoir la prétention de se substituer à elle.

- penser qu'il n'est nullement besoin d'un O.M.S. dans une localité où n'existe qu'un seul club car il est évident que les activités physiques et sportives de la cité ne sont pas le seul fait du club considéré.

2 - Les Centres Médico-Sportifs :

● Ils représentent depuis longtemps et à juste titre l'option prioritaire du Ministère quant au contrôle médical du sport de masse. Comme souvent en pareil cas les réalisations n'ont pas suivi les intentions et force est de reconnaître que les Collectivités Locales ont du suppléer le pouvoir de tutelle et pallier à de notables insuffisances.

La supériorité de la formule du C.M.S. fonctionnant sous l'égide d'un O.M.S. est actuellement admise par tous pour avoir fait la preuve de sa réelle efficacité. Elle convient pour assurer le contrôle des effectifs sportifs de moyenne et de grande importance (le Ministère estime qu'il faut un minimum de 500 sujets à examiner annuellement). L'expérience montre que les localités atteignant ce chiffre minimum disposent habituellement des ressources suffisantes à la création et au fonctionnement d'un tel Centre.

● Il faut cependant savoir qu'il existe d'autres possibilités de création de C.M.S.. L'initiative en est souvent dictée par des besoins ou des moyens particuliers (ces structures sont à ce titre plus ou moins éclipsées par l'essor des C.M.S. municipaux) :

- Les C.M.S. intercommunaux :

Leur mise en place est imposée par la faiblesse des effectifs sportifs d'une commune considérée isolément. Leur conception exige la prise en considération de problèmes d'ordre matériel (voies de communication, distances, locaux disponibles...) et psychologique (susceptibilités locales...).

- Les C.M.S. d'une ou plusieurs associations sportives :

Une association sportive possédant des effectifs importants, des finances propres et des locaux adaptés, peut organiser elle-même le contrôle médical de ses adhérents. Il est facile de comprendre pourquoi cette formule n'est pas très répandue... Plusieurs associations peuvent de la même manière se regrouper à l'intérieur d'une même agglomération en mettant en commun leurs ressources...

- les C.M.S. des services médicaux du Ministère :

Organisés à l'échelon académique ou départemental, ils sont habituellement bien équipés en matériel et en personnel mais ils sont rares...

3 - Les Centres Médico-Sportifs Municipaux :

Nous insisterons tout particulièrement sur ce sujet en espérant que les lecteurs intéressés y trouveront les éléments pour stimuler les initiatives et promouvoir la création de la formule la plus achevée du contrôle médical du sport de base.

a) La création d'un C.M.S. municipal

+ les étapes administratives :

- l'élaboration du projet

Une municipalité, en général par l'intermédiaire de l'O.M.S., élabore un projet en collaboration avec le Service Départemental de la Jeunesse et des Sports (Directeur et Médecin Inspecteur). Ce projet prévoit essentiellement les locaux, le matériel d'ameublement, les frais d'entretien, de chauffage et d'éclairage ainsi que les structures requises (comité de gestion et comité médical) et le plan de financement.

les locaux
.....

Dans la mesure du possible, le local destiné au C.M.S. répondra aux caractéristiques du plan ci-joint (cf. annexe 1 page 33: schéma indicatif préconisé par les services techniques du Ministère).

les structures requises :
.....

Le C.M.S. doit posséder :

un comité de gestion représentatif des différents organismes adhérents au Centre pour assurer la vie administrative. La municipalité doit y être représentée. Ce comité élit un président. .

un comité médical dont la composition est variable. Son président assure la direction technique du Centre en tant que médecin-chef.

Le projet est ensuite soumis et débattu au conseil municipal. Voté, il permet la constitution d'un dossier type, tenant lieu de demande d'agrément ministériel et transmis par la voie hiérarchique (Service Départemental et Régional de la Jeunesse et des Sports) à l'Administration Centrale.

- l'agrément ministériel :

La demande d'agrément ministériel d'un C.M.S. telle qu'elle est présentée (annexe 2, pages 34 à 39) a fait l'objet d'une mise à jour récente (circulaire D.E.P.S.SM/n° 11 821 du 30/06/1978). Elle fait ressortir :

- l'intitulé et l'adresse du Centre
- l'intitulé et l'adresse de l'organisme gérant (dans le cas le plus habituel, l'O.M.S.)
- les coordonnées du médecin-chef, directeur technique du Centre
- la composition du comité de gestion
- la composition du comité médical
- le personnel adjoint
- la liste des associations sportives adhérentes
- la demande de matériel médical souhaité
- les ressources et les dépenses prévues pour le fonctionnement du Centre

L'agrément sera publié au Journal Officiel (à conserver précieusement dans les archives du Centre).

Suivant les avis émis, une subvention dite de "démarrage" peut être accordée afin de permettre au C.M.S. de supporter les premiers frais de fonctionnement. Cette subvention est généralement calculée sur la base du nombre prévu de sujets à examiner et n'est pas destinée à l'achat de matériel d'ameublement et de bureau. Par ailleurs, l'Etat fournit généralement le matériel technique médical de base (cf. annexe 3 p. 40).

+ quelques aspects pratiques :

Les considérations qui suivent, découlent de l'expérience acquise par les C.M.S. municipaux en place depuis plusieurs années.

- le lieu d'implantation :

Il est essentiel de bien le choisir car il est un facteur important de bonne fréquentation du Centre. Autant que possible il se situera dans le complexe sportif lui-même sinon dans un secteur de la localité facilement accessible.

- l'infrastructure :

Le schéma indicatif (annexe 1) permet l'activité simultanée de deux médecins. Les pièces doivent être spacieuses, bien éclairées, disposer d'un système de chauffage pratique et surtout être bien insonorisées.

- le recrutement et la rémunération du personnel médical :

Dans l'estimation des besoins en personnel médical, nous pensons qu'il est préférable de travailler sur la base de 4 examens dans l'heure plutôt que d'appliquer la norme communément admise de 6, une vacation de 3 heures permettant ainsi de contrôler 12 sujets. Un médecin assurant 2 vacations hebdomadaires et disponible 10 mois par an examine ainsi environ 1000 sportifs.

Les médecins ou tout au moins le médecin-chef devraient être titulaires du C.E.S. de Biologie et de Médecine du Sport.

Le recrutement du personnel médical doit être envisagé précocement pour permettre une bonne mise en place et un rapide fonctionnement du Centre. Il est étroitement lié à la qualité de la rémunération. Il est capital de préciser à ce sujet que les taux de vacations horaires des médecins rétribués par les services du Ministère ne peuvent être en aucune manière imposés pour la rémunération des médecins employés par les O.M.S.. Cette équivoque mérite d'être définitivement levée pour inciter les médecins à participer au fonctionnement d'un C.M.S. municipal.

- le recrutement et la rémunération du personnel adjoint :

La qualité de ce recrutement est un autre élément fondamental de la bonne marche du Centre. Dans la majorité des cas, il doit se limiter à une secrétaire qui peut faire office d'aide paramédicale pour des tâches simples. Comme pour le personnel médical et pour les mêmes raisons, il doit être aussi envisagé précocement.

On estime qu'un service à mi-temps peut être suffisant pour un Centre pratiquant 1500 visites annuelles.

La rémunération est fixée par la législation sur la rétribution des employés communaux.

b) Le fonctionnement d'un C.M.S. municipal

La bonne marche d'un C.M.S. nécessite une organisation rationnelle et la mise en place d'un plan d'action parfaitement élaboré.

Elle exige une collaboration et un dialogue permanents entre la (le) secrétaire, le médecin-chef et les responsables des associations sportives (éducateurs, entraîneurs, dirigeants).

+ Le plan d'action ; principes généraux :

Il est déterminé par les besoins à couvrir.

L'édification du programme de travail demande :

- la parfaite connaissance des effectifs par association sportive et catégorie d'âge avec mises à jour permanentes par des listes complémentaires (retardataires et nouvelles recrues).

- la parfaite connaissance des dates des premières compétitions officielles pour chaque discipline et catégorie d'âge.

Ceci permet :

- de fixer des ordres de passage et la constitution des groupes à examiner.

- d'évaluer le nombre de vacations nécessaires

- de choisir des jours et des heures adaptés

Dans le but :

- d'établir les licences dans les délais voulus
- d'éviter les "embouteillages" des mois de septembre et octobre.

+ Le rôle de la secrétaire

Il est fondamental tant par le nombre que par l'éclectisme des attributions :

- mise à jour de la comptabilité
du répertoire général par discipline sportive
du bilan d'activité mensuel
- distribution aux associations des questionnaires médico-sportifs
- rédaction et envoi des convocations
- liaison constante avec les responsables des associations
- réalisation de tâches para-médicales simples : biométrie, recherche de sucre et de protéines dans les urines etc.
- aide dans la réalisation des épreuves fonctionnelles
- correspondance (en double) avec les parents, les médecins (médecins de famille et spécialistes), les éducateurs, et les entraîneurs
- mise à jour et conservation des dossiers médicaux
- approvisionnement en matériel de bureau et renouvellement du linge indispensable (blouses, serviettes...)
- relations avec les services techniques municipaux pour tout ce qui concerne l'entretien et les réparations

+ Le rôle du médecin

En dehors de son rôle purement technique

- élaboration du programme de travail
- contrôle des activités de la secrétaire

- surveillance particulière des dossiers médicaux à problèmes : inaptitudes temporaires, surclassements, anomalies à potentiel évolutif... etc.
- rédaction des demandes de subvention.

+ La collaboration des responsables des associations

Elle est capitale pour le fonctionnement correct du Centre. Elle est liée à leur adhésion, donc à la qualité du dialogue que sauront entretenir les médecins et le secrétariat du Centre en provoquant les contacts et en organisant des séances d'information, mais aussi à la qualité de l'organisation du Centre, une organisation défectueuse étant synonyme d'absentéisme et de mauvaise presse.

+ Le financement

Il dépend des subventions versées par la municipalité et par l'Etat.

- subventions municipales : le comité de gestion établit un projet de budget qui est présenté à la municipalité avant le vote du budget communal. Ce projet tient compte d'éventuelles dépenses d'aménagement des locaux, d'achat de matériel, des dépenses de fonctionnement, des rémunérations du personnel.

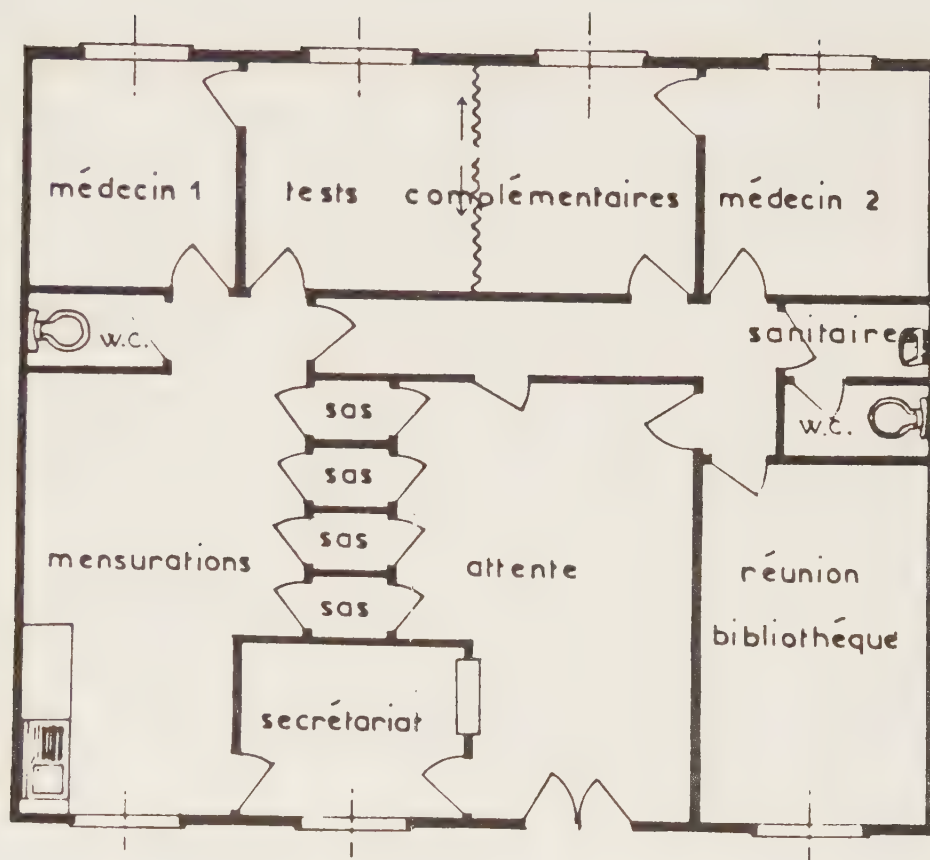
- subventions d'Etat : les demandes se font sur formulaires officiels (modèle C.M.S. 72-3), rédigées en double exemplaire et adressées avant le 15 février de chaque année au Directeur Départemental de la Jeunesse et des Sports. Les subventions allouées sont versées au compte de l'organisme gérant qui les remet au comité de gestion du Centre.

● Nous ne saurions trop insister sur le respect des règles précédemment émises.

Le concept de contrôle médico-sportif ne peut s'imposer que s'il fait la preuve de son sérieux et de son intérêt, toute attitude approximative étant condamnée et irrémédiablement vouée à l'échec.

ANNEXE 1

EXEMPLE DE SCHEMA D'UN CENTRE MEDICO - SPORTIF



échelle : 0,01 p.m.

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DES LOISIRS

DEMANDE D'AGREMENT DU CENTRE MEDICO-SPORTIF DE

Date d'envoi de cette demande
le

DEPARTEMENT
ACADEMIE

INTITULE du Centre Médico-Sportif

ADRESSE exacte et complète du lieu où sont passées les visites médicales :

TELEPHONE (S)

MODE DE GESTION DU CENTRE (Rayer les mentions inutiles)

- MUNICIPALITE - O.M.S. - ASSOCIATION SPORTIVE - SERVICE DEPARTEMENTAL -
- ORGANISME FEDERAL -

INTITULE DE L'ORGANISME GERANT (sans abréviations)

ADRESSE exacte et complète de l'organisme gérant :

..... Tél.

NOM DE LA BANQUE

AGENCE DE LA BANQUE (adresse complète)

N° DU COMPTE BANCAIRE (°)

DU COMPTE CHEQUE POSTAL (°) CENTRE
N°

MEDECIN-CHEF : NOM Tél.
ADRESSE

Jours et Heures de Visites		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
FERMETURE ANNUELLE	M	De	De	De	De	De	De
DU	A	A	A	A	A	A	A
.....	T						
AU	S	De	De	De	De	De	De
	O	A	A	A	A	A	A
	I						
	R						

Dans le cas où le Centre est déjà en activité, date de son ouverture :

et nombre annuel de sujets examinés

Sinon, prévision du nombre de sujets examinés au cours d'une année civile :

(°) les comptes doivent être ouverts au nom de l'Association et non pas de celui du Trésorier.

COMPOSITION DU COMITE
DE GESTION (1)

NOM - PRENOMS	PRESIDENT, TRESORIER SECRETAIRES, MEMBRES	ADRESSE PRECISE	N° Tél.

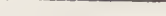
COMPOSITION DU COMITE
MEDICAL

NOM - PRENOM	FONCTION	C.E.S. (2)		AGREMENT FEDERAL	ADRESSE PRECISE, N° Tél.
		OUI	EN COURS	PRECISER LA FEDERATION	

PERSONNEL ADJOINT

NOM - PRENOM	FONCTION	ADRESSE PRECISE
	- Infirmière - Secrétaire -	

(1) doit être prévu obligatoirement un représentant de chaque société membre dans le Comité de Gestion



=====ADERENTES AOS ESPORTES ADERENTES AO CENTRO MEDICO-SPORTIF=====

NOMS ET SIEGES SOCIAUX DES ASSOCIATIONS	NOMBRE DES MEMBRES ACTIFS			
	FEMININS		MASCULINS	
	A	B	A	B
TOTAL :				

B - Nombre de sujets ne pratiquant pas la compétition

MATERIEL MEDICAL EXISTANT
.....
.....

DEMANDE DE MATERIEL
=====

(cocher au tableau ci-dessous le matériel souhaité)

- CENTRE MEDICO-SPORTIF DE (DEPARTEMENT)
- ADRESSE PRECISE OU SERA LIVRE LE MATERIEL
.....
- JOURS ET HEURES SOUHAITES POUR LA LIVRAISON
- NOM DU RECEPTIONNAIRE DU MATERIEL et TELEPHONE

QUANTITE	DESIGNATION DU MATERIEL MEDICAL SOUHAITE	COCHER ICI
	ABAISSÉ-LANGUE INOX	
	APPAREIL DE FLACK	
	BASCULE ROMAINE MEDICALE	
	ECHELLE DE MONOYER	
	MARTEAU A REFLEXES	
	MIROIR DE CLAR	
	OSCILLOMETRE	
	OTOSCOPE	
	RHINOMETRE	
	SPIROMETRE A COMPTEUR	
	STETHOSCOPE	
	TABLE D'EXAMENS	
	TENSIOMETRE	
	TOISE SUR SOCLE	

OBSERVATIONS EVENTUELLES
.....
.....
.....
.....

FINANCEMENT ANNUEL
=====

RESSOURCES PREVUES POUR LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE

Subventions de la Municipalité

MONTANT

Subventions du Département

MONTANT

Subventions du Conseil Général

MONTANT

Cotisations éventuelles des A.S. ou des sportifs eux-mêmes

Critères (°)

MONTANT

Autres Subventions

.....
.....

Autres Ressources

.....
.....

Observations :

.....
.....

(°) qui ont été choisis pour déterminer la subvention accordée.

DEPENSES PREVUES POUR LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE

- REMUNERATION DES MEDECINS (montant annuel)

Modalités de cette rémunération

. Vacation (montant)

Horaire

☐ OUI

☐ NON

Nombre d'heures par vacation

. Autres modalités (montant)

Contrat

☐ OUI

☐ NON

Forfait

☐ OUI

☐ NON

. Observations

.....

- FRAIS OCCASIONNES POUR L'ACHAT DE MATERIEL MEDICAL FONGIBLE

Montant souhaité de la subvention du Ministère de la Jeunesse,
des Sports et des Loisirs pour premier fonctionnement du
Centre Médico-Sportif :

Afin de pouvoir bénéficier d'une subvention de l'Etat et d'une attribution de matériel médical au cours de l'année, il serait souhaitable que les dossiers de demandes d'agrément parviennent à l'Administration Centrale avant le 15 Mai.

Signature du Président du Comité de Gestion
(attestant les renseignements)

A, le

N.B. - Le matériel médical fourni par le Ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs est pris en compte par le Président du Comité de Gestion. Il est souhaitable que le Président informe la Direction Départementale des modifications qui pourraient être apportées aux renseignements ci-dessus.

- JOINDRE AU DOSSIER :

- 1 - copie de la déclaration préfectorale de l'association support (Loi 1901)
- 2 - pour les centres municipaux, un extrait de la délibération du Conseil Municipal précisant le prêt des locaux et la prise en charge par la Municipalité de l'entretien, du chauffage et de l'éclairage.
- 3 - plan des locaux.

LISTE des MATERIELS

à prévoir pour l'équipement
d'un Centre Médico-Sportif

1 table d'examen avec matelas

Basculé médicale

Toise

Spiromètre à compteur (mesure de la capacité vitale)

Echelle optométrique de Monoyer

Stéthoscope bi-auriculaire

Marteau à réflexes

Miroir de Clar - (lampe frontale)

Abaisse langue (métal ou bois)

Rhinomètre (miroir métallique pour l'évaluation rapide de la perméabilité nasale).

Tensiomètre ou Oscillomètre

Appareil de Flack

Bandelettes pour analyses d'urine

-:-:-:-

Pour un Centre important (plus de 1.500 sujets examinés par an) :

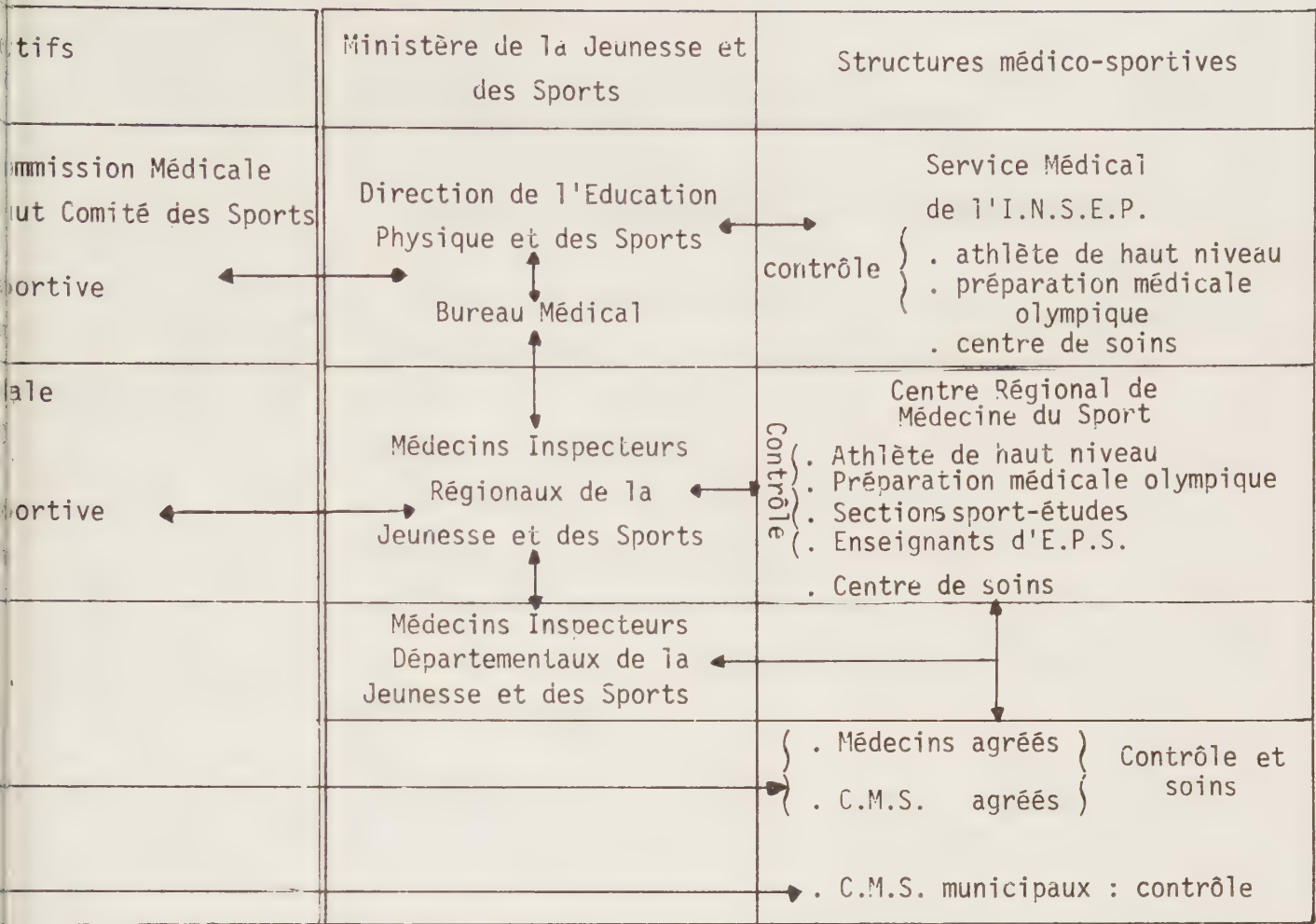
- 1 radioscopie verticale

Si le Centre Médical Sportif dispose des services d'un cardiologue :

- 1 électrocardiographe (portatif ou non).

-:-:-:-:-:-:-

Niveaux d'activité	Municipalités	Fédérations Sportives	Organismes et de
National	F.N.O.M.S. Commission Médicale de la F.N.O.M.S.	Médecins Fédéraux Nationaux	Commission Médicale du C.N.O.S.F. Commission Médicale Nationale
Régional	Comité Régional de la F.N.O.M.S.	Médecins Fédéraux Régionaux (Comité ou Ligue) = Conseiller Médical Régional	Commission Médicale du C.N.O.S.F. Commission Médicale Régionale
Départemental			
Municipal	O.M.S.	Associations Sportives	



D - Contrôle médico-sportif et Service de Santé Scolaire

1 - Le Service de Santé Scolaire, principes généraux d'activité :

● Le Service de Santé Scolaire est préoccupé et préoccupe, n'en finissant pas de traverser une crise et de chercher à définir son rôle et ses objectifs :

- "Médecine scolaire, braderie ou renaissance ?"

(L'éducation, n° 292 - 14 octobre 1976)

- "Grandeur et misère de la Santé Scolaire"

(L'école des parents, n° 9 - novembre 1977)

- Mars - Avril 1978 : la revue "La santé de l'homme" y consacre la moitié de ses pages...

● Au lendemain de la Libération pourtant, lorsque se met en place le Service national de l'hygiène scolaire et universitaire (alors rattaché au Ministère de l'Education Nationale), les missions sont claires face aux conséquences de la guerre et de l'occupation. Il s'agit avant tout de dépister les affections somatiques et surtout la tuberculose qui fait alors des ravages. Des examens systématiques de tous les écoliers ont lieu, une, voire deux fois par an. Cette politique, associée aux vaccinations, ne tarde pas à réduire considérablement le taux de mortalité infantile. Aux yeux de certains, le dépistage systématique perd alors de son intérêt, d'autant que de plus en plus l'enfant est suivi par le médecin de famille ou par les équipes de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.). Dans le même temps, alors que la population scolaire ne cesse de progresser, le nombre de postes budgétaires destinés aux médecins scolaires reste faible.

● La situation n'est pas améliorée par le passage en 1964 du Service de Santé Scolaire sous la tutelle du Ministère de la Santé. Elle se dégrade rapidement, amenant le législateur à redéfinir les missions et les modalités d'exécution du contrôle médical scolaire en fonction de

besoins nouveaux où s'imbriquent problèmes médicaux, psychologiques, sociaux et pédagogiques. C'est pourquoi, en attendant les résultats des travaux du comité consultatif et du groupe permanent créés en 1976 "pour l'étude des actions médicales, paramédicales et sociales liées à la scolarité des enfants et des adolescents" (décret n° 76-817 du 24/08/1976, J.O. du 27/08/1976, p. 5184), le Service de Santé Scolaire vit toujours sous le régime des "Instructions générales" du 12 juin 1969 (B.O. du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale).

● Les objectifs y sont vastes et diversifiés tout en restant extrêmement spécifiques, car le "sujet" auquel on s'intéresse, c'est toujours l'enfant en statut scolaire.

Les équipes médico-sociales prenant naturellement le relais de celles de la P.M.I., les conditions de leur intervention s'en trouvent modifiées, l'accent devant être mis de plus en plus sur la notion de prévention et de recherche de l'adaptation réciproque de l'école et de l'élève.

Ces équipes travaillent par secteur.

Un secteur regroupe un certain nombre d'établissements d'enseignement de différents degrés, coïncidant approximativement avec une circonscription d'enseignement primaire et devrait compter au maximum 5000 à 6000 élèves.

L'équipe de secteur comporte en principe un médecin, deux assistantes sociales, deux infirmières, une secrétaire médico-sociale. Leurs tâches réciproques sont soigneusement définies en vue de "permettre une efficacité maximum en fonction des moyens existants...".

● Par souci de simplification, des priorités sont assignées aux membres des équipes de secteur. Il n'est plus question désormais, de visites annuelles systématiques. Des bilans de santé, "bilans médico-sociaux", sont effectués à des périodes estimées capitales dans l'évolution de la vie scolaire :

- premier bilan, dit bilan d'entrée ou bilan de trois ans, (habituellement effectué par la P.M.I.)
- deuxième bilan à l'admission à l'enseignement élémentaire
- troisième bilan en C.M.2 avant l'entrée en 6° (notion actuellement controversée)
- quatrième bilan en troisième, complété par un contrôle médical en classe terminale.

● Il convient d'y ajouter les examens des sujets pratiquant la compétition au sein des associations sportives scolaires.

● A côté de ces priorités collectives, les besoins individuels peuvent être satisfaits par des bilans "à la demande", des enseignants, des parents ou des élèves...

2 - Le Service de Santé Scolaire et le contrôle des activités physiques et sportives

L'intervention du Service de Santé Scolaire se manifeste à trois niveaux fondamentalement différents et d'importance très inégale quantitativement et qualitativement :

- le contrôle de l'éducation physique et sportive : c'est le contrôle du "sport pour tous" à l'Ecole, obligatoire et éducatif ;
- le contrôle du sport scolaire : c'est le contrôle des activités sportives de compétition organisées officiellement par l'U.N.S.S. (Union Nationale du Sport Scolaire), facultatives mais intéressant un bon nombre de pratiquants ;
- le contrôle des sections "sport-études" : c'est le contrôle d'une minorité d'élèves, identifiés à de futurs "athlètes de haut niveau" et jouissant à ce titre d'un statut spécial.

a) Le Service de Santé Scolaire et l'éducation physique et sportive

+ L'éducation physique et sportive :

Loi n° 75-988 du 29/10/1975 relative au développement de l'éducation physique et du sport (J.O. du 30/10/1975).

Titre I

Article 2 - Les activités physiques et sportives font partie intégrante de l'éducation. Elles sont inscrites dans tout programme de formation. Elles sont exercées et sanctionnées comme toute autre discipline dans tous les examens ou concours, compte tenu des indications médicales.

Article 3 - Dans l'enseignement du premier et du second degré tout élève bénéficie d'une initiation sportive. Cet enseignement est gratuit et à la charge de l'Etat... Il est organisé par les établissements d'enseignement publics et privés et les associations sportives de ces établissements...

+ Le contrôle médical de l'éducation physique et sportive :

● Les "Instructions générales" de juin 1969 faisaient déjà état du rôle privilégié que doit jouer le médecin scolaire dans la surveillance de l'éducation physique et sportive.

On y souligne l'importance des liaisons à entretenir avec le responsable de l'éducation physique et sportive et la nécessité d'un entretien personnel et direct pour l'efficacité de cette surveillance.

On y dégage certaines tendances :

- le caractère nuancé, quasi personnalisé, de la notion d'aptitude avec obligation pour le médecin d'en informer le responsable de l'éducation physique, cette information ne devant pas se limiter à la transmission d'une classification codée, mais comportant, si nécessaire, une appréciation justement dosée qui permet au responsable de différencier son enseignement et de pratiquer une éducation physique adaptée ;

- l'importance de l'observation médicale éventuellement sur le terrain et à l'occasion d'examens successifs ;

- le souci du médecin de s'informer sur ce qu'est l'éducation physique et sportive, d'aller sur le terrain, de connaître

le programme des leçons et la nature des sports pratiqués dans l'établissement dont il a la charge.

On y précise certains points :

- le médecin scolaire est seul habilité à se prononcer sur le bien-fondé d'une inaptitude dont le motif doit être d'ailleurs énoncé clairement sur le dossier médical de l'élève. Il lui appartient de prendre les contacts personnels nécessaires avec le médecin traitant en cas de litige à ce propos ; lorsque la proportion d'élèves classés en groupe B (cf. page 95) est supérieure à 20% de l'effectif d'une classe, un rapport doit être établi par le médecin scolaire et adressé aux autorités académiques.

● On est favorablement surpris par l'ampleur et la qualité du programme. Toutes les facettes d'un contrôle médico-sportif moderne y étaient inscrites. Il fallut rapidement déchanter, les moyens étant loin d'être à la hauteur des ambitions.

Le décret du 27 mai 1977 est certes plus restrictif (cf page 18). Il a peut être plus de chances d'être appliqué ...

Dans cette attente, il faut s'en tenir aux aménagements de la circulaire n° 71 - 123 B du 30/04/1971 :

- les élèves qui ne pratiquent pas la compétition relèvent en ce qui concerne le contrôle médical des dispositions prévues par l'arrêté du 15/09/1959 traitant de l'aptitude à l'éducation physique et sportive.
- l'absence d'examen médical au début de l'année scolaire n'interdit pas, pour autant, aux élèves la pratique de l'éducation physique et sportive obligatoire ou facultative jusqu'au moment où la visite peut avoir lieu.
- ils bénéficient en attendant, de la classification de l'année précédente : arrêté du 15/09/1959 (J.O. du 23/09/1959) et circulaires d'application (cf. page 95).

b) Le Service de Santé Scolaire et le sport scolaire :

+ Le sport scolaire :

● Loi n° 75 - 988 du 29/10/1975 relative au développement de l'éducation physique et du sport (J.O. du 30/10/1975).

Article 4 : "Dans tout établissement d'enseignement du second degré public ou privé, il est créé une association sportive, constituée conformément à des statuts types approuvés par décret en Conseil d'Etat.

Les associations des établissements de l'enseignement public du second degré sont obligatoirement affiliées à une union nationale du sport scolaire qui succède à l'association du sport scolaire et universitaire (A.S.S.U.)".

Le décret du 22/03/1977 (J.O. du 25/03/1977) approuve les statuts de l'Union Nationale du Sport Scolaire (U.N.S.S.).

Le décret du 28/04/1977 (J.O. du 15/05/1977) approuve les statuts types des associations sportives d'établissement d'enseignement du second degré.

● L'U.N.S.S. succède donc à l'A.S.S.U., certains textes pris au bénéfice de cette association demeurant applicables à l'U.N.S.S., notamment en ce qui concerne le contrôle médical du sport scolaire.

+ Le contrôle médical du sport scolaire

● Les "Instructions générales" de Juin 1969 en définissent les grands principes :

- un certificat médical d'aptitude doit être délivré par le médecin scolaire à tout élève qui désire faire partie de l'association sportive de l'établissement ;

- cet examen médico-sportif, pratiqué en priorité au début de l'année scolaire et adapté éventuellement au sport envisagé, doit comporter des épreuves fonctionnelles, circulatoires et respiratoires ;

- la prévention du surentraînement chez les adolescents commande que le médecin soit informé de l'appartenance éventuelle de certains élèves à un club sportif privé. Il est rappelé à ce sujet que les élèves ne peuvent adhérer à un club privé sans en avoir informé le chef d'établissement.

● Les règlements généraux de l'U.N.S.S. en précisent les modalités d'application, compte tenu des difficultés que connaît actuellement le Service de Santé Scolaire (Circulaire 70-123/B du 30/04/1971) :

- les élèves titulaires d'une licence délivrée par l'A.S.S.U. pour la saison 1977-1978 sont autorisés à participer aux manifestations sportives précompétitives de la nouvelle saison jusqu'à la date du premier examen médical qui confirmera ou infirmera leur aptitude ;

- toutefois cette mesure ne concerne pas :

. les phases de compétition proprement dites, organisées officiellement par l'U.N.S.S.

. les élèves nouvellement inscrits à l'association sportive de leur établissement

. les élèves "surclassés".

- les examens médico-sportifs de début d'année scolaire sont en conséquence réservés par priorité à ces 2 catégories d'élèves. Les conclusions médicales, en ce qui les concerne, doivent être au plus tard connues six semaines après la rentrée, à la condition que professeurs et maîtres en aient communiqué la liste à l'examineur au plus tard quatre semaines après la rentrée.

- en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin examinateur constatée un mois après la rentrée, le chef d'établissement avise le médecin départemental du Service de Santé Scolaire, tandis que le secrétaire de l'association en informe le directeur du service régional de l'U.N.S.S. ;

- un médecin de renfort pourra être dépêché auprès de l'association ;

- si celui-ci n'est pas désigné le 1er novembre, l'association peut faire appel à un médecin en dehors du Service de Santé Scolaire sous réserve qu'il soit titulaire du C.E.S. de Biologie et de Médecine du Sport ;

- les certificats médicaux d'aptitude sont conservés dans les archives de l'association. Ils ne sont présentés au service régional de l'U.N.S.S. qu'en cas de surclassement.

- les catégories d'âge : pour une saison X à (X + 1)

<u>G A R C O N S</u>	
Séniors	: nés en X - 20 ou antérieurement
Juniors	: nés en X - 19, - 18 et - 17
Cadets	: nés en X - 16, - 15
Minimes	: nés en X - 14, - 13
Benjamins	: nés en X - 12, - 11, - 10
<u>F I L L E S</u>	
Séniors	: nées en X - 19 ou antérieurement
Juniores	: nées en X - 18, - 17, - 16
Cadettes	: nées en X - 15, - 14
Minimes	: nées en X - 13, - 12
Benjamines	: nées en X - 11, - 10

- le surclassement :

Il est interdit :

- . à la première année de la catégorie des Benjamines,
- . à la première et à la deuxième années de la catégorie des Benjamins,
- . à ceux qui, n'ayant pas atteint l'âge de ces catégories, ne peuvent participer à aucune compétition.

Les cadet (te) s peuvent être surclassé (e) s et participer aux compétitions prévues pour les licenciés de la catégorie junior (e) s. Par contre, ils (elles) ne peuvent pas participer en catégorie Junior (e) s - Senior (e) s.

c) Le Service de Santé Scolaire et les sections sport-études :

+ Les sections sport-études :

Mises en place depuis 1975 dans des établissements où les études sont spécialement aménagées en vue de la pratique des sports, elles demeurent peu nombreuses en raison des difficultés qu'engendre leur organisation. Elles regroupent par discipline sportive des élèves préalablement sélectionnés.

+ Le contrôle médical des sections sport-études (tableau II, p. 55)

La circulaire interministérielle du 18/02/1977 (J.O. du 23/03/1977) en donne les grands principes d'application. Rapidement les rapports de fonctionnement adressés à l'échelon central rendirent compte de l'impossibilité de réaliser ses directives obligeant les responsables à des aménagements qui font l'objet de la circulaire DEPS/SM n° 13-433 du 27/07/1978.

La distinction est essentielle entre :

- le contrôle médical au niveau du recrutement
- la surveillance médicale en cours d'année scolaire.

- le contrôle médical au niveau du recrutement :

"Examens de sélection destinés à n'orienter, sur le plan médical, vers les sections sport-études, que les sujets reconnus aptes à la pratique du sport de haut niveau".

Ne peuvent subir cet examen médical que les candidats présentant un avis favorable de l'instance fédérale concernée, estimant que le niveau des prestations physiques du sujet dans la discipline considérée peut être retenu pour une classe sport-études.

Munie de cet avis, la famille de l'élève s'adresse directement à la D.R.J.S. correspondant à son domicile, qui enregistre sa demande, lui remet la fiche de contrôle médico-sportif CMS 72 - 2 en lui indiquant les médecins habilités à effectuer ce contrôle (sur avis du M.I.R.J.S.).

Sont habilités :

- les médecins de santé scolaire

- les médecins titulaires du C.E.S. de biologie et de médecine du sport
- les médecins agréés par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué.

Les résultats de l'examen sont consignés sur la fiche CMS 72-2 qui est remise sous pli confidentiel au représentant légal de l'élève, afin de la joindre au dossier d'inscription :

- les sujets classés en catégorie I (développement biologique en avance sur le développement chronologique, autorisant sans réserve la pratique du ou des sports de leur choix) sont reconnus aptes à postuler l'entrée en sections sport-études.

- les sujets classés en catégorie II (possibilités physiques normales, aptes pour une pratique sportive habituelle) sont dirigés vers le centre régional (C.R.) de Médecine du Sport pour examen complémentaire et décision. Cette orientation doit être réalisée avant le 15 mai précédant la rentrée scolaire.

- la surveillance médicale en cours d'année scolaire :

"Bilans médicaux périodiques dont le but est d'apporter à l'encadrement pédagogique et sportif des éléments objectifs d'appréciation de l'état de santé physique et psychologique, afin de prévenir les baisses de forme et de favoriser le meilleur développement dans le domaine du sport et des études".

Elle comporte :

- un examen médical succinct de tous les élèves sélectionnés, par le médecin de santé scolaire à la fin septembre. L'estimation des possibilités physiques et physiologiques globales (protocole correspondant à la Préparation Médicale Olympique : P.M.O.) et particulières à la discipline sportive considérée est assurée en complément à la diligence du M.I.R.J.S. Il est souhaitable que les médecins fédéraux régionaux intéressés par la discipline sportive en cause soient associés à ces bilans médico-sportifs ;

- deux bilans approfondis en fin de premier et de second trimestres organisés sous la responsabilité du M.I.R.J.S. , les conclusions de ces examens étant communiquées au médecin de santé scolaire intéressé ;

- un examen médical d'évaluation par le médecin de santé scolaire au cours du troisième trimestre, conclusions transmises au M.I.R.J.S.

"Le médecin de santé scolaire, qui est en possession des conclusions de tous les examens médicaux pratiqués, les inscrit et les classe dans le livret médical de l'élève".

+ La liaison entre les différents responsables :

Elle "prend corps dans chacun des établissements scolaires intéressés, par la constitution d'une commission médico-pédagogique qui comporte :

- le chef d'établissement
- le médecin de santé scolaire
- le médecin de la Jeunesse et des Sports
- l'enseignant responsable de l'entraînement physique des élèves.

Le rôle de cette commission est d'informer le chef d'établissement de toutes les questions intéressant l'hygiène, la santé et la progression scolaire des élèves des sections sport-études (programme d'entraînement, calendrier des compétitions, alimentation, horaires d'enseignement de soutien, repos, loisirs, etc.).

Cette commission se réunit à l'occasion de chacun des examens médicaux précités et à la demande de l'un de ses membres".

d) Bilan des attributions "médico-sportives" du Service de Santé Scolaire :

● On est impressionné par l'ampleur des missions officiellement confiées au Service de Santé Scolaire dans le cadre très spécifique du contrôle médical des activités physiques et sportives.

L'aspect qualitatif de cet exercice ne doit pas échapper si on considère que l'Ecole est le creuset de la motivation sportive d'un pays, dont on retrouve d'ailleurs ici les trois aspects fondamentaux :

- sport - éducation - initiation
- sport - compétition
- sport - élitisme

● Il est indéniable que l'ensemble des préoccupations du Service de Santé Scolaire lui interdit actuellement d'assumer correctement ces missions, qui à elles seules pourraient absorber quantité de médecins. Il est tout aussi évident que la formation de ses membres n'est guère orientée dans ce sens.

Insuffisance de moyens en quantité et en qualité, vastes actions à entreprendre si l'on veut réellement intervenir à l'endroit même où naît le "phénomène sportif".

LE CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF DES SECTIONS SPORT-ÉTUDES

Sélection avant le 15 Mai		Contrôle médico-sportif pendant l'année scolaire		
Responsables	Missions	Responsables	Missions	Liaison-Coordination
- avis fédéral favorable - D.R.J.S. : . fiche C.M.S. 72-2 . médecin habilité	Catégorie I Catégorie II	Fin septembre Médecin de Santé Scolaire	Examen médical succinct	Livret Médical Médecin de Santé Scolaire M.I.R.J.S. Commission Médico-Pédagogique
		+ M.I.R.J.S. Médecin fédéral régional	Bilan médico-sportif type P.M.O.	
- C.R. de Médecine du Sport		Fin 1er trimestre M.I.R.J.S.	Bilan médico-sportif	
		Fin 2ème trimestre M.I.R.J.S.	Bilan médico-sportif	
		3ème trimestre Médecin de Santé Scolaire	Examen médical d'évaluation	

TABEAU II

IV - LES OBJECTIFS MÉDICAUX DU CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF

Le décret du 27/05/1977 a le mérite de définir assez clairement les objectifs du contrôle médical des activités physiques et sportives ainsi que les différentes missions des médecins responsables. Nous avons tenté de résumer la pensée du législateur dans un tableau synoptique qui permet d'apprécier globalement comment se situe l'intervention médicale dans le contexte actuel de ce contrôle (Tableau III p. 65).

Les trois démarches fondamentales y sont reprises, Sélection, Orientation, Surveillance. Elles appellent trois questions déterminantes :

- 1) Pourquoi deviennent-elles la propriété de médecins spécialement habilités ?
- 2) Quelle signification doit-on leur donner en 1978 ?
- 3) Quelle importance respective doit-on leur accorder en fonction du cadre où s'exerce l'intervention médicale ?

A) Le contrôle médico-sportif, acte médical "spécialisé" :

Les exigences du contrôle médico-sportif sont devenues plus ambitieuses avec les progrès des connaissances qui unissent Médecine et Sport.

L'essor de la Physiologie appliquée à l'exercice physique permet progressivement de perfectionner les techniques d'exploration objective de l'aptitude physique.

La meilleure approche de la pathologie spécifique, organique ou fonctionnelle, induite par les activités sportives (athlopathies ou technopathies) autorise à adapter, avec toujours plus de précision, les objectifs généraux du contrôle médico-sportif à chaque discipline, voire à chaque cas particulier.

Ces exigences nouvelles ont progressivement identifié le Médecin du Sport à un spécialiste non seulement dans l'acte curatif mais aussi dans l'acte préventif.

La législation confirme cette évolution en confiant les responsabilités du contrôle médico-sportif à des médecins théoriquement mieux préparés à ces exigences : les médecins titulaires du C.E.S. de Biologie et de Médecine du Sport, les médecins des services du Ministère de la Jeunesse et des Sports, les médecins du Service de Santé Scolaire, les médecins agréés par les Fédérations.

● Autrement dit le contrôle médico-sportif échappe officiellement au médecin n'entrant pas dans une de ces catégories. Nous aurons l'occasion de commenter les conséquences d'une telle décision.

B) Le contrôle médico-sportif : sélection, orientation, surveillance

1 - La sélection :

● Elle reste la démarche fondamentale qui préside à tout contrôle médico-sportif mais l'appellation est ambiguë et sa résonance mal tolérée ! Par ailleurs elle traduit assez mal la finalité d'un acte médical qui ne se veut en aucune manière répressif mais bien plutôt préventif, exceptionnellement sanctionné par une contre-indication totale et définitive à la pratique des activités physiques et sportives.

● Elle introduit la notion de non contre-indication, à distinguer formellement de celle d'aptitude.

● La "visite de non contre-indication" doit être considérée comme une visite périodique et systématique de dépistage, chargée de déceler toute anomalie organique ou fonctionnelle susceptible de se révéler ou de s'aggraver par le fait des activités physiques et sportives.

Ses limites sont celles des moyens dont dispose le médecin. Celui-ci opère le plus souvent dans une structure à bas potentiel technique, ce qui ne permet guère de présumer de la véritable aptitude physique du sujet examiné.

C'est la visite type du contrôle médico-sportif de masse, celle qui actuellement s'adresse à la grande majorité des pratiquants.

● Elle devient "visite d'aptitude" lorsque le médecin dispose d'une structure à haut potentiel technique autorisant une réelle approche objective de l'aptitude physique par la mise en jeu d'explorations fonctionnelles plus

sophistiquées et adaptées.

Elle s'adresse actuellement aux sportifs de haut niveau et à quelques pratiquants privilégiés.

● "Non contre-indication" ou "aptitude", cette visite répond toujours à des règles générales inamovibles quel que soit le cadre où elle s'exerce :

- une parfaite connaissance des antécédents médicaux et éventuellement sportifs,
- un examen clinique systématique, protocolaire mais toujours adapté, et en fin de compte très personnalisé,
- une décision, éventuellement agréementée d'une catégorisation.

a) Les antécédents :

Ils sont essentiels à connaître car ils peuvent à eux seuls influencer la décision finale. Ils sont souvent difficiles à mettre en évidence par le simple interrogatoire chez un sujet persuadé de sa bonne santé. Il est préférable d'utiliser un questionnaire médico-sportif écrit, rempli préalablement par l'intéressé, qui rassemble l'essentiel des données et demeure une pièce de référence toujours disponible pour les visites ultérieures.

b) L'examen clinique :

Systématique et protocolaire pour être aussi rapide et aussi complet que possible, il exige le parfait exercice de l'art médical sur le sujet présumé en excellente santé. Surtout il doit être parfaitement adapté au sujet examiné (notion de sujet à "haut risque", en fonction de l'âge : adolescent et vétéran, du sexe : féminité et activité sportive, des antécédents ...) et aux exigences de la discipline pratiquée (risques spécifiques, niveau de compétition...).

● D'une manière générale, il faut toujours s'attarder sur l'appareil cardiovasculaire et respiratoire et sur l'appareil locomoteur, et plus particulièrement parfois sur d'autres sphères antérieurement fragilisées ou plus spécialement exposées.

● Il comporte toujours deux étapes :

- une étape statique, examen clinique de pratique médicale courante ;
- une étape dynamique chargée d'étudier le comportement du sujet à l'effort.

Elle est indispensable dans toute visite de contrôle médico-sportif.

Dans le cadre d'une visite de non contre-indication, elle cherche à révéler une anomalie latente ou discrète au repos et apprécier sa tolérance à l'effort.

Dans le cadre d'une visite d'aptitude, elle permet en outre de quantifier le potentiel du sujet sain et de le catégoriser.

Cette exploration fonctionnelle d'effort, quelle que soit sa nature et sa visée, doit être sensible, fiable, facilement reproductible et parfaitement adaptée (savoir ce qu'on explore et pourquoi on l'explore).

c) La décision :

Elle peut être de plusieurs types :

- pas de contre-indication à la pratique de... : elle est et doit être la plus fréquente ;
- contre-indication totale et temporaire à la pratique de ... : dans le cas d'une affection évolutive en voie de guérison ou de consolidation.
- contre-indication partielle et temporaire à la pratique de ... : éventualité à proscrire dans le cadre des activités sportives où un juste dosage est impossible ; doit rester rare dans le cadre de l'éducation physique pour les mêmes raisons ;
- contre-indication totale et définitive à la pratique de ... : éventualité exceptionnelle qui se conçoit surtout pour certaines activités spécifiques exigeant l'intégrité de tel ou tel appareil et doit orienter soit vers une activité de loisir soigneusement contrôlée, soit vers une autre discipline.

La décision, sanctionnée par un certificat médical, constitue déjà en elle-même une catégorisation mais la véritable catégorisation en contrôle médico-sportif est une catégorisation d'aptitude. Nous reviendrons sur ce point essentiel dans le chapitre "Discussion".

● Nous voulons surtout attirer l'attention ici sur certains aspects non négligeables et pourtant si souvent oubliés lors de la "visite de

non contre-indication", transformant un acte à priori anodin en une décision lourde de conséquences.

Pour le médecin, cette démarche est astreignante psychologiquement (car son intérêt n'est pas toujours perçu et son caractère imposé parfois mal ressenti), intellectuellement (car peu glorieuse et peu glorifiante) et matériellement (car elle exige d'y consacrer du temps si elle est effectuée correctement).

Pourtant, il y engage sa responsabilité, non seulement juridique mais aussi morale, ce qui, à nos yeux est tout aussi important. A ce sujet, il est regrettable de constater que certaines décisions sont beaucoup plus des prises de position dictées par la propre attitude du médecin vis-à-vis des activités physiques et sportives que des conduites objectives imposées par une analyse rigoureuse.

- Un médecin n'a pas le droit, sous le couvert de la prudence (si ce n'est de l'ignorance) de considérer à tort comme une contre-indication une anomalie dont il n'aurait pas l'intime conviction qu'elle constitue un interdit indiscutable. En aucun cas son pouvoir ne doit dépasser sa compétence.

Chez l'enfant et l'adolescent en particulier une telle interdiction peut être la source de perturbations majeures. L'activité sportive, en dehors du fait qu'elle constitue indiscutablement un moyen merveilleusement diversifié de développement et d'équilibre physique, représente aussi un formidable impact psycho-social. Moyen d'expression privilégié, facteur de perfectionnement et d'épanouissement de la personne, elle permet l'apprentissage de la relation. Un interdit prononcé abusivement peut retentir profondément et durablement sur l'évolution physique et psychologique d'un sujet. A t-on conscience de ses réelles conséquences : hyperprotection dans la cellule familiale, isolement et marginalisation à l'Ecole ...? Sans compter que certaines affections considérées comme des contre-indications peuvent souvent retirer des bénéfices d'une activité physique contrôlée !!

- En sens inverse le médecin n'a pas le droit de dénaturer un acte médical quelles que soient ses contraintes. Le réduisant à une formalité administrative, automatiquement sanctionnée par un "feu vert", il devient le complice du demandeur à qui il donne du contrôle médico-sportif

une image de marque pëjorative (sans parler des certificats de complaisance délivrës sans véritable examen).

● De telles erreurs doivent être évitëes par le respect de règles simples :

- un examen rigoureux
- une appréciation objective de tous ses éléments
et aussi des limites de ses connaissances, de sa technique
et de son expérience, le moindre doute nécessitant la collaboration du
médecin spécialiste avant de se prononcer sur le véritable degré d'aptitude.
- une décision personnalisée, empreinte de sagesse et de modération.

● Compétence, rigueur, objectivité et bon sens, il s'agit bien là d'un acte médical complet dont le vécu doit être revalorisé.

La "sélection", premier objectif du contrôle médico-sportif ne doit pas le résumer et le réduire à une intervention dont la seule finalité serait l'élimination des sujets ne répondant pas à certaines exigences. Ce n'est là qu'une vision très incomplète et erronée d'une action médicale qui doit être beaucoup plus subtile. La "sélection" introduit souvent une autre opération, plus précise et plus complexe, l'orientation.

2 - L'orientation :

● Démarche d'actualité et dans tous les domaines ! Mais ô combien délicate ! Le contrôle médico-sportif n'échappe pas à la règle. On peut tenter d'en tracer les grands principes en sachant qu'il s'agit là d'un terrain où tout ou presque reste à faire et qu'il faut s'y engager avec prudence tant que ses fondements sont aussi incertains.

D'emblée l'"orientation" médico-sportive pose le problème de sa définition. Soucieux de respecter l'éthique du Sport et de l'Homme, nous tenons à la concevoir sur la base d'une proposition de direction et jamais comme une directive, laissant l'intéressé maître de son choix et de ses motivations.

Elle ne doit pas être une option systématique, elle n'a pas sa place en particulier au stade de l'initiation sportive, qui se veut essentiellement diversifiée et polyvalente.

● Sa signification et ses modalités d'application peuvent être multiples en fonction du but recherché. Il faut répondre à deux questions successives :

- l'orientation : pourquoi, pour qui ?
- l'orientation : comment ?

a) l'orientation : pourquoi, pour qui ?

- Pour favoriser l'épanouissement global de la personne : c'est l'utilisation du sport comme moyen d'éducation sanitaire, au sens complet du terme. Elle devrait être l'"orientation" fondamentale. Elle exige une parfaite connaissance de l'individu sous tous ses aspects (physique, psychologique, intellectuel), de ses manques qui ne sont pas obligatoirement ses besoins, et des vertus éducatives et pas seulement physiques de chaque discipline sportive. Nécessitant une concertation permanente entre les différents partenaires, son cadre d'élection devrait être le cadre scolaire.

- Pour traiter : c'est l'utilisation du sport comme moyen thérapeutique. Cette "orientation" très spécifique répond aux critères précédents avec une rigueur accrue.

- Pour entretenir et prévenir : c'est l'utilisation du sport comme moyen prophylactique. Cette "orientation", distribuée sous forme de conseils, est l'apanage des adultes vétérans ou plus âgés dont la demande va en s'amplifiant.

- Pour ne pas contre-indiquer : c'est l'"orientation" de suppléance. Toute contre-indication implique tacitement une orientation. Le cas typique en est l'interdiction de pratiquer une discipline aux exigences particulières qui doit faire orienter vers une activité mieux adaptée.

- Pour améliorer la performance : c'est l'"orientation" médico-sportive proprement dite. Elle cherche à déterminer l'adaptation parfaite et réciproque entre l'individu et l'activité pratiquée, dans le but du meilleur résultat sportif. Sa méthodologie est de type ergonomique. Elle constitue une des grandes perspectives de la Recherche en Médecine du Sport. A cet effet nous l'aborderons avec plus de précision dans le chapitre "Discussion". Pourtant on se doit dès à présent d'attirer l'attention sur les conséquences d'une telle option quant à l'utilisation qui peut en être faite...

- Pour donner un statut social : c'est l'utilisation du sport comme activité professionnelle. Les conséquences de cette "orientation" sont telles (elles engagent l'existence de l'intéressé) qu'elles exigent une parfaite maîtrise du médecin responsable. Les deux situations typiques sont les carrières d'enseignant d'éducation physique et sportive et les disciplines sportives professionnelles.

b) l'orientation : comment ?

Quelle que soit sa finalité, l'"orientation" exige toujours cinq opérations fondamentales :

- la connaissance de la nature de la demande
- la connaissance des possibilités du demandeur
- la connaissance des risques et des bienfaits des différents types d'activités physiques et sportives
- le recueil et l'analyse des différentes données
- une proposition.

"Sélection" ou mieux "sélection-orientation", le contrôle médico-sportif se complète automatiquement d'une surveillance, chargée à tout moment de remettre en question les deux démarches précédentes. C'est la prise en charge régulière du sujet en activité.

3) La surveillance

Elle est dominée par deux objectifs fondamentaux quel que soit le cadre où elle s'exerce et le sujet auquel elle s'adresse :

- s'assurer que la pratique des activités physiques et sportives n'a pas entraîné d'altération de l'état de santé
- objectiver les effets bénéfiques de l'activité pratiquée.

Dans les faits, il est capital de respecter le premier ; éventuellement, si les moyens l'autorisent, il est souhaitable d'atteindre le second.

Les bases de cette surveillance exigent du médecin les mêmes connaissances que celles qui ont présidé à la sélection et à l'orientation (l'individu, l'activité, les conditions de pratique, l'adaptation réciproque).

En pratique, elle s'exerce :

- soit à l'occasion des examens périodiques obligatoires,

dictés par exemple par le renouvellement des licences

- soit à l'occasion d'une consultation motivée par une altération pathologique,
- soit à l'occasion d'examens spontanés volontaires.

- visite périodique, elle cherche à déceler l'apparition d'une altération en surveillant en particulier les organes ou les fonctions particulièrement exposés.

- visite motivée, elle cherche à établir une relation de cause à effet entre la nature du trouble et la discipline pratiquée. Elle peut déboucher sur une attitude prophylactique individuelle surtout en cas de pathologie chronique, voire collective si le cas n'est pas isolé.

- visite spontanée, elle cherche surtout à vérifier les bienfaits de l'entraînement. Elle permet d'en mesurer l'efficacité, d'en suivre l'évolution, voire de proposer des corrections.

● Cette surveillance, quelle que soit sa forme, ne peut se faire correctement sans la collaboration des éducateurs et entraîneurs, seuls capables de donner un avis sur le comportement de l'intéressé sur le terrain, sur l'évolution du matériel, des techniques et des modes d'entraînement. En retour le médecin dispense des conseils au regard des constatations faites au cours des examens. Cet échange réciproque d'informations a le double avantage de réaliser une surveillance de qualité et de faire progresser les connaissances des différents responsables.

C) Le contrôle médico-sportif ; objectifs et cadres d'activité

On peut tenter de résumer dans un tableau synoptique (tableau III page 65), les objectifs du contrôle médico-sportif tels qu'ils peuvent être conçus en 1978 en fonction du cadre où il s'exerce. Les priorités sont différentes, car les besoins sont différents. Il faudrait y adapter la formation des médecins d'une part, les infrastructures d'autre part...

● Sélection, orientation, surveillance, objectifs généraux du contrôle médico-sportif, mériteraient sans doute qu'on s'y attarde beaucoup plus. Notre propos était d'en situer les grands principes, applicables à chacun et quel que soit le cadre d'activité !

Il est évident que la réalisation pratique est extraordinairement diversifiée et que les exigences et les finalités sont souvent fondamentalement différentes. Cette notion confirme, s'il en était besoin, l'aspect qualitatif du contrôle médico-sportif en tant que démarche médicale subtile et personnalisée.

Le grand regret dans l'immédiat c'est de constater l'énorme déséquilibre entre les options consenties et les conditions d'exercice grossièrement inadaptées. Ce sera le thème central de la discussion.

LE CONTROLE MEDICO-SPORTIF - OBJECTIFS ET CADRES D'ACTIVITE

Sujets concernés	Cadre d'activité sportive	Médecins responsables du contrôle	Objectifs
Scolaires	Education physique et sportive	Médecins de santé scolaire	Sélection +++ Orientation ++ Surveillance +
	Sport scolaire	Médecins de santé scolaire Médecins titulaires du C.E.S.	Sélection +++ Orientation + Surveillance ++
	Sections sport-études	Voir tableau page 55	idem Athlètes de haut niveau
Licenciés fédéraux pratiquant la compétition civile	Sport fédéral de masse	Médecins fédéraux agréés Médecins titulaires du C.E.S.	Sélection +++ Orientation + Surveillance ++
Athlètes de haut niveau	Sport fédéral de haut niveau	Médecins fédéraux agréés Médecins titulaires du C.E.S. Médecins du Ministère de la Jeunesse et des Sports	Sélection +++ Orientation 0 Surveillance +++

TABLEAU III

CHAPITRE III

LE CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF - PRATIQUE QUOTIDIENNE

I - SPORT ET APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

- A) La découverte d'un souffle
- B) La découverte d'un trouble du rythme
- C) La découverte d'une H.T.A.
- D) Sport et mort subite.

II - SPORT ET APPAREIL PULMONAIRE

- A) L'asthme
- B) Les autres affections pulmonaires

III - SPORT ET RACHIS

- A) Les hypercyphoses et les hyperlordoses
 - 1 - Les hypercyphoses
 - 2 - Les hyperlordoses
- B) Les inversions de courbure
- C) Les scolioses

IV - SPORT ET MEMBRES INFÉRIEURS

- A) L'orthopédie courante de l'enfant et de l'adolescent
 - 1 - Les arcatures jambières
 - 2 - Le genu valgum
 - 3 - Les anomalies de rotation du squelette des membres inférieurs
 - 4 - Les pieds plats
 - 5 - Les pieds creux
 - 6 - Les inégalités de longueur des membres inférieurs
 - 7 - La boiterie
- B) Les varices

V - SPORT ET ÉPILEPSIE

VI - SPORT, MALADIES MÉTABOLIQUES ET CROISSANCE

- A) Le diabète insulino-dépendant
- B) Le diabète gras
- C) L'obésité
- D) Les troubles de croissance

VII - SPORT ET EXAMEN D'URINE

VIII - SPORT ET OPHTALMOLOGIE

IX - SPORT ET O.R.L.

X - CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF ET LÉGISLATION EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

LE CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF
PRATIQUE QUOTIDIENNE

I - SPORT ET APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

● Affirmer l'intégrité cardiovasculaire est une des questions primordiales qui se pose au médecin lors de la visite d'aptitude. Tout exercice met en jeu le système cardiovasculaire dans son ensemble mais le sport peut le solliciter au maximum de ses possibilités.

● L'examen cardiovasculaire doit se réaliser dans des conditions de calme, de détente physique et psychologique. Il comporte :

- un interrogatoire précis portant sur les antécédents cardiovasculaires familiaux et personnels, l'activité physique habituelle et d'éventuels signes fonctionnels type dyspnée, mauvaise récupération à l'effort, palpitations, malaises, pertes de connaissance etc...

- l'inspection avec dépistage des déformations thoraciques, de la perte de la cyphose physiologique, toutes anomalies qui retentissent sur l'hémodynamique intra-cardiaque.

- l'auscultation, soignée, méthodique et complète, avec changements de position, épreuve de Valsalva (difficilement réalisable avant 10 ans), effort modéré éventuel.

- la mesure de la T.A. aux deux membres supérieurs (éventuellement aux membres inférieurs)

- si nécessaire des examens complémentaires simples, cliché thoracique et E.C.G.

. En pratique trois problèmes se posent plus fréquemment:

A) La découverte d'un souffle

● Peut-on affirmer sur l'examen clinique seul, l'innocence d'un souffle ?

Diastolique, la réponse est évidente : il faut le considérer comme pathologique (28).

Systolique, le problème est entier et il faut s'aider d'un faisceau d'arguments positifs ou négatifs pour approcher au plus près la notion de souffle innocent :

- intensité faible
- non rugueux ni rapeux
- systolique, mais ne couvrant pas toute la systole
- variable aux changements de position, aux différentes phases respiratoires, à l'épreuve de Valsalva ou à l'effort
- sans frémissement
- sans irradiation
- sans H.T.A.
- sans retentissement fonctionnel
- sans signes E.C.G.
- sans signes radiologiques associés

Il faut savoir que chacun de ces signes pris isolément peut être battu en brèche et n'a pas de valeur décisive (48).

Au moindre doute, il convient d'avoir recours à des avis spécialisés qui s'appuient sur des techniques modernes ne nécessitant pas pour la plupart l'hospitalisation et donnant des renseignements précieux (phono mécanogramme, écho cardiogramme, etc.). Cependant il faudra, surtout chez le sujet jeune et l'adolescent, savoir utiliser les moyens "invasifs" (cathétérisme, angiographie).

● Il n'est plus pensable, à notre époque, que la seule notion d'un souffle entendu une fois par un médecin, non seulement sanctionne le sujet d'une inaptitude au sport, mais permette de reconduire tacitement et indéfiniment cet interdit.

S'il est vrai par ailleurs que l'insuffisance cardiaque interdit toute activité physique, la plupart des cardiopathies, si elles n'autorisent pas la compétition, s'accommodent souvent et bénéficient parfois d'une activité physique bien surveillée (37, 46).

● L'auscultation peut également noter d'autres phénomènes tels le troisième bruit dit "physiologique" (chez le sujet qui n'a pas de cardiopathie), le dédoublement du deuxième bruit, le claquement protosystolique, ces phénomènes intervenant dans la discussion du caractère pathologique ou non des souffles.

B) La découverte d'un trouble du rythme

L'interrogatoire et l'auscultation peuvent découvrir un trouble du rythme, le plus souvent des extrasystoles, confirmé par l'examen électrocardiographique. S'il est utile de faire un bilan plus poussé, on peut déjà rassurer les intéressés dans la mesure où ce trouble disparaît à l'effort modéré (72).

C) La découverte d'une H.T.A.

L'examen cardiovasculaire ne peut se concevoir sans la prise de tension aux deux bras, éventuellement aux membres inférieurs. Si ces conditions de mesure sont bien connues chez l'adulte et relativement bien respectées, il n'en est pas de même chez l'enfant pour des raisons techniques (64).

Il nous semble important de rappeler les limites de la normalité chez l'enfant (1,2) (cf. tableau) et d'insister sur la valeur prévisionnelle d'une tension artérielle élevée ou à la limite supérieure de la normale quant à son incidence sur une véritable maladie hypertensive à l'âge adulte (58).

AGES	T.A. SYSTOLIQUE	T.A. DIASTOLIQUE
4 à 10 ans	125	80
10 à 14 ans	135	85
14 à 18 ans garçons	150	90
14 à 18 ans filles	140	85

Tableau : Chiffres limites de l'H.T.A. (mm Hg)

Pendant l'exercice physique, la tension artérielle systolique s'élève parallèlement à la fréquence cardiaque, la tension diastolique variant peu. L'élévation de la T.A. systolique est d'autant moins importante et le temps de retour à la normale plus court que le sujet est plus entraîné à l'effort. Toute constatation d'une élévation des chiffres tensionnels doit être vérifiée à plusieurs reprises, dans de bonnes conditions, avant de mettre en jeu consultations spécialisées et examens complémentaires visant à faire le diagnostic étiologique.

- Dans le cas d'H.T.A. labile, aucune limitation aux activités physiques ne doit être prononcée (37, 46).

- Dans le cas d'H.T.A. permanente un attentisme prudent est de règle, tant que la thérapeutique ne corrige pas les chiffres tensionnels. Dès cet instant et dans la mesure où la réponse à l'effort est de "type physiologique" une activité physique peut être autorisée et même conseillée en tant qu'aide thérapeutique. Elle doit être progressive et modulée, reposant sur des disciplines telles que cyclotourisme, marche, footing... (72).

D) Sport et mort subite

Dans une thèse récente, D. Arsigny (5) a recensé les cas de mort subite décrits dans la littérature, pour lesquels une étiologie précise a pu être retrouvée (tableau ci-joint): soit 72 au total.

- La grande majorité a une origine exclusivement cardiovasculaire.

Selon lui, 11 décès (soit 15%) auraient sans doute été prévenus par un interrogatoire précis et une auscultation attentive, suivis d'une radiographie et d'un E.C.G.

Les 7 cas (soit 10%) de défaillance cardiaque primitive auraient bénéficié d'un entraînement bien conduit, les 3 cas (soit 4%) de dopage, d'une plus large information ou ... d'un contrôle plus rigoureux.

● Quoi qu'il en soit, cette étude confirme l'absolue nécessité d'un examen cardio-vasculaire soigneux lors du premier contrôle. Faut-il demander, par prudence, un E.C.G. systématique ? Bien que certains cas, dans cette étude, puissent inciter à le faire, il apparaît qu'en dehors d'éléments d'orientation fonctionnels ou cliniques, l'E.C.G. de repos systématique est d'un faible secours et ne préjuge pas de la gravité d'une quelconque affection.

ETIOLOGIES DES MORTS SUBITES		Nbre	%
1.	Morts subites d'origine cardio-vasculaire proprement dite	61	84,72
1.1.	Coronarites	22	30,52
1.2.	Malformations congénitales	16	22,24
1.2.1.	Anomalies coronariennes	6	8,32
	- isolées	5	6,96
	- associées à une coronarite	1	1,40
1.2.2.	Anomalies diverses	7	9,72
	- isolées	6	8,32
	- associées à une coronarite	1	1,40
1.3.	Atteintes infectieuses	8	11,12
1.4.	Défaillance cardiaque primitive	7	9,72
1.5.	Rupture d'un anévrisme de l'aorte et dissection aortique	4	5,56
1.6.	Cardiomyopathies	3	4,16
1.7.	Tumeurs cardiaques	1	1,40
2	Morts subites par ruptures de malformations vasculaires cérébrales	7	9,72
3	Dopage	3	4,16
4	Insuffisance respiratoire aiguë	1	1,40

II - SPORT ET APPAREIL PULMONAIRE

A - L'asthme

L'activité physique peut entraîner un broncho-spasme d'intensité variable. Ce broncho-spasme survient parfois pendant l'effort mais le plus souvent 10 minutes après et dure de 30 minutes à 1 heure (92).

L'asthme à dyspnée d'effort exclusive est rare (92) et l'expérience montre que la plupart des asthmatiques peuvent nager ou marcher sans difficulté.

Le déclenchement de la "crise" obéit à des facteurs souvent rencontrés (air froid et humide) mais aussi au terrain, individuel et non spécifique. Il faut insister sur le fait qu'un exercice mal accepté est beaucoup plus susceptible d'induire un spasme que l'effort librement consenti (déviation du pôle d'intérêt), que la sensibilité à l'effort paraît liée en général à la gravité de l'asthme et non à l'âge, au sexe ou à l'allergie et que le stress peut être également un facteur important de déclenchement (75).

L'exercice le plus asthmogène serait représenté par six à huit minutes de course de difficulté moyenne, alors qu'un exercice très intense et très bref ou au contraire un exercice très prolongé ne provoqueraient pas de crise (75).

Il faut savoir que des asthmatiques ont été des champions, certains même des médaillés olympiques, ces brillants résultats ayant le plus souvent été obtenus en natation.

De tels faits doivent inciter parents, médecins, et responsables d'activité physique à ne plus considérer l'asthme comme une contre-indication formelle et définitive à toute activité sportive. Bien au contraire, et d'autant plus que le sujet sera jeune, une activité physique d'intensité progressivement croissante sera un élément bénéfique tant pour le malade que pour l'évolution de sa maladie.

Lors de la visite, au moindre doute (données de l'interrogatoire, éléments d'auscultation), le médecin doit affirmer la réalité de l'affection (exploration fonctionnelle respiratoire) et non statuer sur une suspicion.

Dans le cas d'un asthme authentique on peut conseiller préférentiellement certaines activités comme le cyclisme et le ski de fond et la prise à titre préventif de cromoglycate dissodique (2 capsules) (41,75,92). Le judo qui associe à l'activité physique, l'apprentissage d'une éthique et du contrôle de soi-même, paraît aussi particulièrement adapté à l'asthmatique. Sa pratique en salle (relation milieu empoussiéré-allergie) ne doit pas constituer une contre indication, ces éléments agressifs bénéficiant également d'une thérapeutique préventive. Il en est de même pour les allergies au pollen, dans le cadre des sports de plein air.

Aucune restriction n'est apportée à des disciplines telles que natation, voile, kayak.

Par contre on déconseille la pratique assidue du ski de piste (en raison de l'agression par l'air froid), de l'haltérophilie et de la plongée.

On surveille les sports à effort intermittent comme la plupart des sports collectifs (41).

Le sport chez l'asthmatique doit être considéré comme une technique de rééducation et un élément d'hygiène de vie indispensable.

B) Les autres affections pulmonaires

La tuberculose pulmonaire (primo-infection et autres formes) une fois traitée, n'est plus une contre-indication dans la mesure où les séquelles ne sont pas trop importantes.

Le pneumothorax idiopathique du sujet jeune pose un problème particulier. La prévention d'une récurrence peut faire interdire les sports nécessitant des efforts à glotte fermée (haltérophilie par exemple) ou modifiant les pressions intra-pulmonaires (plongée) (8).

Pour les affections pulmonaires chroniques (bronchite chronique, dilatation des bronches, emphysème, etc.) une activité sportive bien comprise ne peut être qu'un complément bénéfique de la rééducation respiratoire.

III - SPORT ET RACHIS

Chez l'enfant et chez l'adolescent en particulier, l'examen du rachis est une phase très importante de la visite de non contre-indication à la pratique du sport. Il faut insister sur le fait que la découverte d'une anomalie a sur le plan thérapeutique et évolutif d'autant plus d'importance qu'elle est faite précocement.

L'examen clinique étudie la mobilité, l'indolence, les courbures (exagération, disparition, éventuellement inversion ou apparition dans le plan frontal de courbures anormales).

L'examen se fait sur un sujet nu, bassin équilibré (planchettes). On utilise un fil à plomb, un ruban métrique et un crayon dermatographique afin de localiser, mesurer et noter les flèches car il est essentiel d'en suivre l'évolution.

Il en est de même pour l'examen radiographique, car un angle qui ne fait pas référence, n'a qu'une signification ponctuelle.

A) Les hypercyphoses et les hyperlordoses

1 - Les hypercyphoses :

- Dans le cadre de l'exagération des courbures physiologiques, les cyphoses de l'enfance entre 6 et 9 ans sont extrêmement fréquentes, (dos rond infantile) témoignant de l'hypotonie également révélée par d'autres signes plus ou moins associés (genu valgum ou recurvatum, pied plat, talus valgus). Cette cyphose est accompagnée d'une hypotonie abdominale, ventre saillant avec hyperlordose compensatrice fréquente. Ce type de cyphose est réductible par contraction des fessiers et des abdominaux et adduction des omoplates, ainsi qu'en position couchée. De réductible, cette forme peut évoluer vers la forme fixe du dos rond, marquée par une raideur du sommet de la courbure avec projection des épaules en avant et

impossibilité de rejeter la tête en arrière (position dos au mur). Il est donc important d'intervenir à un stade où le rachis est encore souple.

En dehors d'une surveillance clinique et radiologique régulière, il faut tenter de sensibiliser l'intéressé, conseiller des mesures d'hygiène (dormir sur un matelas rigide, avoir un oreiller très plat), prescrire une kinésithérapie active visant à enseigner des exercices régulièrement pratiqués (abdominaux dans un but de musculation et de réduction de l'hyperlordose compensatrice, membres inférieurs faisant un angle de 70° avec le sol ; adduction des omoplates etc.). On insiste également sur la nécessité de l'apprentissage respiratoire (association fréquente cyphose - insuffisance respiratoire vérifiée à l'E.F.R. chez ces jeunes enfants). Cette "gymnastique médicale" bien conduite est efficace et rassure la famille, mais il ne faut pas oublier tout le bénéfice que tire l'enfant en période de croissance, d'activités physiques et sportives variées, avec en priorité la natation (nage sur le dos surtout), volley-ball, hand-ball, basket-ball. Par contre on évite des disciplines comme le ski nautique et la lutte.

● Chez l'adolescent, on est en présence d'une cyphose, non traitée pendant l'enfance, qui s'aggrave ou s'est aggravée au moment de la puberté. Il faut distinguer les formes asymptomatiques et les formes douloureuses (douleur entre les omoplates, vespérales, jamais nocturnes, souvent après effort ou position prolongée).

● Dans les deux tableaux, l'examen clinique est complété par un bilan radiographique qui, dans 40% environ des cas, révèle une ostéochondrose de croissance (maladie de SCHEUERMANN)(88). Le traitement cherche à atténuer la douleur éventuelle par la suppression des mouvements mobilisant la région douloureuse et prescrit une kinésithérapie adaptée. En dehors des phases douloureuses, on peut autoriser une reprise active contrôlée des activités physiques et sportives, avec poursuite de la kinésithérapie. Dans les cas très sévères, le spécialiste a parfois recours au maintien correcteur plâtré, exceptionnellement à la chirurgie.

2 - Les hyperlordoses :

Une hyperlordose peut être, comme nous l'avons dit, compensatrice d'une cyphose dorsale ou associée à l'hypotonie abdominale. Parfois, elle est symptomatique d'un spondylolisthesis avec ou sans spondylolyse. Dans ce cadre, il faut rappeler la nocivité des mouvements de musculation des abdominaux qui se font membres inférieurs près du sol, car générateurs d'hyperlordose et de douleurs. Une hyperlordose douloureuse bénéficie des postures (positions d'hyper-repos) et des exercices en correction de lordose (bascule du bassin). La kinésithérapie active veille à ne pas être créatrice d'hypercyphose.

Les sports sont largement permis (sauf pour la spondylolyse qui entraîne l'inaptitude au professorat d'E.P.S., au parachutisme et aux sports agressifs pour la charnière lombo-sacrée).

On déconseille la brasse, la nage papillon, le port du sac à dos, l'haltérophilie, la moto...

B) Les inversions de courbure (dos plat)

Elles sont le plus souvent de découverte systématique car peu génératrices de douleurs. Un bilan radiographique permet quelquefois de découvrir une maladie de Scheuermann non cyphosante.

C) Les scolioses

Une anomalie de courbure dans le plan frontal peut être l'objet d'une découverte d'examen ou le motif d'une consultation.

La conduite à tenir est différente selon l'âge, la nature et le degré de la déformation. Il nous faut d'emblée opposer l'attitude scoliotique disparaissant en procubitus, à la scoliose vraie, structurale, responsable d'une gibbosité visible et chiffrable dans la position penchée en avant et qui n'est pas réductible. Il faut aussi distinguer la scoliose structurale, idio-pathique, de la scoliose secondaire.

• La découverte d'une scoliose structurale chez un enfant ou un adolescent entraîne obligatoirement, en raison de son potentiel évolutif péjoratif, une surveillance régulière, rapprochée et chiffrée. Son caractère indolore ne doit pas présumer de sa gravité. Le pronostic d'une telle af-

fection ne repose pas seulement sur un préjudice esthétique mais aussi sur des séquelles respiratoires et cardiaques invalidantes. Il est très difficile de donner des conduites à tenir schématiques dans une telle affection, chaque cas ayant en propre son rythme d'évolutivité et son mode de réaction aux thérapeutiques proposées.

On sait par exemple que si une scoliose peut évoluer tant que la croissance n'est pas terminée (le repérage se fait sur les caractères sexuels secondaires et le test de Risser), il n'est pas certain que la fin de la croissance soit un gage formel de stabilisation et une surveillance reste nécessaire en particulier chez la femme au moment de la grossesse.

Il faut donc être vigilant et ce d'autant plus que le sujet est jeune ou plus près de la puberté.

● L'attitude scoliotique et la scoliose de quelques degrés bénéficient de mesures d'hygiène simples :

- lit dur
- conseils de bonnes positions (sans espionnite ni rabâchage désastreux des parents)
- correction d'une bascule du bassin (réfléchie et étudiée et non pour satisfaire la mère)
- gymnastique de groupe avec aspect ludique et répétitions quotidiennes individuelles, en insistant sur l'apprentissage respiratoire.

L'attitude vis-à-vis du sport doit être souple et nuancée. Bien sûr il faut conseiller des sports symétriques (natation) et en extension (volley-ball, basket-ball) mais aussi savoir accepter la pratique d'un sport qui passionne l'intéressé, même s'il n'est pas très indiqué (tennis), dans la mesure où, la lésion n'évoluant pas, le sujet en ressent un bien-être psychologique lui permettant peut être de mieux accepter et comprendre la nécessité d'une rééducation fastidieuse.

● Une scoliose supérieure à 25° doit échapper au praticien et être prise en charge par le spécialiste (55). L'attitude doit être identique en cas d'évolution péjorative spectaculaire entre deux visites de surveillance.

● Il faut savoir qu'un peu plus de 3% des adolescents présentent une déviation latérale du rachis (attitude et scoliose vraie) (70)

mais que quelques unes seulement présentent un risque potentiel évolutif. Pourtant il ne faut pas méconnaître la gravité du problème. C'est pourquoi il nous a semblé utile de situer, même schématiquement et succinctement, l'attitude du médecin confronté à un sujet scoliotique désireux de pratiquer le sport.

Diagnostic précoce, bilans clinique et radiologique rigoureux, surveillance assidue, collaboration du spécialiste, autant de démarches qui doivent déboucher sur une décision personnalisée, toute entière axée sur le bien-être de l'intéressé.

IV - SPORT ET MEMBRES INFÉRIEURS

=====

A) Sport et orthopédie courante de l'enfant et de l'adolescent

La question est dominée par le problème des troubles statiques des membres inférieurs.

Il s'agit soit d'une découverte d'examen, soit le plus souvent de questions posées par la famille sur la compatibilité entre le trouble allégué et la pratique de l'éducation physique ou des activités sportives.

Nous essaierons de schématiser quelques conduites à tenir à visée essentiellement pratique, en se référant aux situations les plus habituellement rencontrées.

1 - Les arcatures jambières

- Chez un jeune enfant, l'attitude consiste surtout à rassurer une mère inquiète qui constate elle-même l'amélioration progressive et spontanée au cours des mois. Il ne faut pas faire à tort le diagnostic de rachitisme. Par contre au moindre doute d'une lésion évolutive, on pratique des clichés vérifiant l'intégrité des zones de croissance.

- Chez l'adolescent et chez l'adulte, cette déformation fréquemment rencontrée (footballeur), quasi physiologique, ne fait envisager une consultation spécialisée que dans la mesure où elle est à l'origine de douleurs articulaires, après élimination d'autres causes (infectieuses, inflammatoires ou tumorales) (18).

2 - Le genu valgum

- Très fréquent, également à la limite du physiologique chez les jeunes enfants. L'appui monopode élimine les faux genu valgum (sujets ayant des gros genoux ou des grosses cuisses). Bénigne dans la très grande majorité des cas, l'affection disparaît au cours de la croissance et on ne demande un bilan radiographique que devant la persistance après 6 ou 7 ans, d'un écart bimalléolaire supérieur à 6 cm (91). Parmi ces cas extrêmes un sur

mille seulement aboutit à la chirurgie (association fréquente à un recurvatum).

- Après 8 ou 9 ans, alors que le genu valgum de la première enfance a disparu, peut apparaître le genu valgum de l'adolescence, très souvent associé à une obésité. Il nécessite parfois la chirurgie vers l'âge de 13 ans.

- Il est utile de connaître l'inefficacité et parfois le danger des semelles orthopédiques, contraignantes pour l'enfant, alors que l'affection guérit spontanément dans 99,9% des cas.

D'autre part, l'activité physique est fortement conseillée; par son action sur la croissance ou sur l'obésité, elle ne peut que favoriser le processus de correction.

3 - Les anomalies de rotation du squelette des membres inférieurs.

- L'examen dynamique permet de mettre en évidence la marche en rotation interne des membres inférieurs avec aspect de genu valgum. Il faut pratiquer une radiographie des hanches afin d'éliminer une malformation luxante. Cette anomalie peut persister jusqu'à l'âge de 8 ans. Au-delà une décision d'ostéotomie de dérotation peut être prise par les chirurgiens orthopédiques lorsqu'il n'existera plus d'espoir de correction spontanée.

- La marche en rotation externe par rétroversion de hanche est extrêmement rare. Sa guérison est spontanée (91).

4 - Les pieds plats

- Préoccupation fréquente, trop souvent source d'appareillage inefficace et contraignant, plus de 90% des pieds plats de l'enfant sont en réalité de faux pieds plats, soit par hyperlaxité, soit par comblement graisseux de la voûte plantaire ou par déformation sus-jacente type genu valgum (62). Dans ces conditions, les semelles et chaussures orthopédiques, toujours onéreuses, inutiles et souvent gênantes, doivent faire place à des conseils d'ordre hygiénique : port de bonnes chaussures avec contrefort bilatéral limitant la bascule du calcaneum, activités physiques non limitées et paroles rassurantes pour les parents (67).

• Chez le grand enfant et l'adolescent, la déformation devient plus nette, parfois douloureuse, résultant d'un valgus calcanéen et d'une insuffisance musculo-ligamentaire. A ce stade il faut confier l'intéressé à un spécialiste qui prescrit avec des précisions suffisantes, une semelle orthopédique visant à rétablir l'équilibre du pied.

Dans certains cas très évolués, l'indication est chirurgicale. Elle supprime la douleur mais laisse un arrière-pied enraidissant dont les qualités sportives sont nulles (67). L'intervention plus précoce n'est pas à conseiller, le résultat fonctionnel étant tout aussi décevant.

5 - Les pieds creux

Le pied creux, à priori, inquiète moins les parents, l'existence d'une voûte, même très importante, étant souvent rassurante. C'est donc l'examen clinique statique et dynamique qui fait la découverte précoce de cette affection. Anatomiquement, le pied creux résulte de trois éléments : une corde plantaire trop tendue, un tendon d'Achille trop court et un métatarsus varus. Le diagnostic peut se faire à un stade très évolué où la douleur est constante, les durillons plantaires rendant la marche rapidement intolérable. A un stade moins évolué, la famille ou l'encadrement sportif peuvent remarquer la démarche sautillante et inesthétique ainsi que les difficultés à la course avec attaque du pas par l'avant-pied. A ces deux stades, on ne peut offrir de sanction thérapeutique réellement satisfaisante (très grande difficulté à réaliser une semelle confortable).

Aussi, faut-il insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce permettant une sanction chirurgicale efficace vers l'âge de 7 ou 8 ans (69).

Il est difficile : données d'interrogatoire, troubles de la marche, varisation de l'arrière-pied, défaut de flexion dorsale, palpation de la "corde" plantaire (palper la voûte avec les orteils relevés) et bien sûr l'empreinte podoscopique.

6 - Les inégalités de longueur des membres inférieurs :

Découverte d'examen relativement fréquente, l'inégalité est souvent discrète, ne nécessitant pas de correction.

Schématiquement, on peut retenir que :

- toute correction non seulement est inutile mais souvent nuisible si l'inégalité ne dépasse pas 1 cm.
- la discussion d'une correction chirurgicale ne s'impose que si l'inégalité dépasse 3 cms, la décision devant toujours être réfléchie et résulter d'une consultation pluridisciplinaire associant pédiatre et chirurgien orthopédiste.
- la correction par une talonnette est souvent utile dans les autres cas et permet une activité sportive sans restriction.

7 - La boiterie

L'examen clinique dynamique ou l'interrogatoire des parents révèle parfois une boiterie plus ou moins douloureuse. Tout doit être mis en oeuvre pour faire un diagnostic précis (examen de la hanche en particulier) et adapter le traitement. On ne peut parler de douleurs de croissance qu'après avoir répété les examens et avoir confirmé leur négativité.

Les douleurs de croissance existent. On peut les rapprocher des épiphysites juvéniles, fréquentes et multiples, dont la sanction thérapeutique, en dehors des cas d'arrachement traumatique, se résume à l'exemption d'activités physiques intenses, sans se laisser abuser par des images radiologiques parfois troublantes (95).

● Il apparaît que si l'examen de la statique des membres inférieurs est important à tout âge, il doit être tout particulièrement soigneux chez l'enfant et l'adolescent.

Il permet dans un grand nombre de cas :

- soit de rassurer les parents quant à des déformations à la limite du physiologique et effacées par la croissance
- soit de corriger à temps des lésions, irréversibles à l'âge adulte.

Cette revue rapide des anomalies de la statique des membres inférieurs nous permet de conclure que l'activité physique, loin d'être contre-indiquée, doit au contraire souvent être prescrite et ce avec bénéfice, au lieu et place d'appareillage frustrant et invalidant.

B) Sport et varices

Si l'activité physique protège contre les varices, le sport peut provoquer une insuffisance veineuse chronique, à la faveur surtout des traumatismes mineurs ou plus importants (12).

On peut conseiller le sport à la majorité des variqueux s'ils suivent quelques conseils quant à la pratique de ce sport et à leur hygiène de vie. Il ne faut pas hésiter pourtant à traiter des varices soit médicalement, soit chirurgicalement, en tenant compte des signes fonctionnels éprouvés, du siège et de leur importance (83).

Il faut :

- combattre la sédentarité et l'obésité,
- marcher et faire une gymnastique journalière (pompe veineuse),
- faire une hydrothérapie vespérale avec repos en position déclive,
- éviter les sports où les traumatismes sont fréquents (football, rugby, hockey),
- éviter les sports qui gênent le retour veineux (équitation, canoë-kayak et aviron),
- orienter vers la natation, la marche, le golf ou le cyclisme...

V - SPORT ET ÉPILEPSIE

Nous avons déjà mis en exergue l'impact du sport sur le développement physique et l'épanouissement psychologique de l'enfant. Cette importance se vérifie tout particulièrement dans le cadre de la comitialité (13).

Il est essentiel que parents et personnels d'encadrement (moniteurs, enseignants) comprennent que l'épilepsie n'est pas une tare insurmontable et qu'il n'y a pas automatiquement incompatibilité entre cette affection et la pratique des activités physiques et sportives.

Dans ce but, l'enquête étiologique d'une comitialité chez un sujet jeune doit être poussée au maximum. Si des causes telles que tumeur, anévrisme, encéphalite constituent des contre-indications de même que l'épilepsie à crises fréquentes, rebelle à la thérapeutique (E.C.G. en permanence très perturbé), l'épilepsie à crises espacées (2 à 3/an), bien contrôlée par un traitement régulier (épilepsie à caractère héréditaire ou témoin d'une lésion cérébrale ancienne), autorise la plupart des activités physiques (60).

Or cette dernière éventualité est la plus fréquente.

Cependant il semble légitime de conseiller les sports individuels et de se montrer méfiant à l'égard des disciplines présentant un risque particulier (alpinisme, plongée) ou réputées pour leur violence (rugby, hockey, boxe...), tout en sachant que les traumatismes crâniens minimes ne semblent pas aggraver la maladie épileptique (61).

VI - SPORT, MALADIES MÉTABOLIQUES ET CROISSANCE

A) Le diabète insulino-dépendant

"Interdire la pratique d'un sport à un jeune diabétique est non seulement une erreur, mais encore une mauvaise action" (59).

Contrairement aux croyances , celles de beaucoup de médecins y compris, les jeunes diabétiques doivent faire du sport et ils en font, plus même que les jeunes d'une population non diabétique du même âge (43).

Le jeune diabétique a appris auprès de son médecin spécialiste, la surveillance inhérente à son état. Au cours des stages de vacances dans le cadre des Maisons Sanitaires de l'Aide aux Jeunes Diabétiques (a), on lui a conseillé les règles d'hygiène de vie et en particulier les activités physiques et sportives.

De ce fait le médecin est rarement sollicité par le jeune diabétique. Plus souvent il doit, de façon précise et pratique, informer et rassurer familles ou dirigeants sur la compatibilité entre diabète et activité physique.

Le diabétique doit suivre un traitement substitutif, avoir une alimentation équilibrée et pratiquer une activité physique. Trop souvent, cette prescription, par prudence ou ignorance, n'est pas formulée. C'est une erreur, la dépense physique étant un élément favorable à l'équilibre du diabétique, tant qu'il est valide. On doit donc l'inciter à l'effort physique et lui apprendre à le fournir.

a) Adresse : L'Aide aux Jeunes Diabétiques
Secrétariat Administratif
12, Rue Sarrette

75014 PARIS

A court terme, l'activité physique entraîne une meilleure utilisation des sucres par l'organisme et, ce faisant, conduit à une économie d'insuline d'autant plus nette que l'effort est psychologiquement bien accepté par le sujet (de Mondenard fait état de diminution fréquente de la consommation d'insuline de l'ordre de 40%, au cours de stages sportifs) (71).

A long terme, il semble que l'activité physique régulière retarde l'apparition des complications dégénératives; l'expérience n'est pas suffisante pour affirmer une quelconque incidence sur l'espérance de vie du diabétique (43).

S'il faut encourager le diabétique à faire du sport, il faut également veiller au respect de règles assez précises (à adapter en fonction du sujet et de ses activités) :

- introduction progressive et si possible quotidienne des activités physiques (23, 38, 39)

- diminution préventive, également progressive, de la dose de l'insuline qui agit pendant la période d'activité, en tenant compte des contrôles biologiques pluriquotidiens et des réactions subjectives habituellement prémonitoires de l'accident hypoglycémique (59). Il faut savoir que ces réactions peuvent être absentes lors de l'exercice et laisser place à l'accident hypoglycémique brutal. C'est pourquoi l'alimentation sera fractionnée et adaptée à l'horaire et à l'intensité de l'activité (33).

- charge glucidique préalable à l'effort et apport régulier tout au long de celui-ci, sans oublier un complément hydrique indispensable. Le sujet doit avoir du sucre à portée de main. Il est susceptible de recevoir une injection intra-musculaire de Glucagon et intra-veineuse de sérum glucosé hypertonique en cas d'accident hypoglycémique.

- apport nutritionnel poursuivi après l'effort et restauration calorique ensuite (43).

En théorie, si tous les sports sont ouverts aux diabétiques, nous conseillons ceux où l'activité est le plus souvent régulière et prolongée (cyclisme, footing) et n'expose pas à des traumatismes fâcheux (boxe, karaté) (23).

Pour des raisons de sécurité personnelle et collective, il est préférable de s'entourer de personnes compétentes, susceptibles d'intervenir à bon escient en cas d'incidents ou d'accidents, dans le cadre d'activités à risques particuliers (alpinisme, sport aquatique ou aérien).

B) Le diabète gras

Pour le diabétique non insulino-dépendant, augmenter la dépense physique est indispensable. Elle fait partie intégrante du traitement par son action métabolique et circulatoire et son aide efficace à la lutte contre l'obésité.

Tout diabétique devrait savoir que le sport est pour lui un allié tant sur le plan physique que psychologique et se consacrer à une activité physique régulière, en respectant des règles simples et peu contraignantes. Il peut pour s'en convaincre se souvenir de W.F. TALBERT, M. RICHARDSON (vainqueurs de coupe Davis) et M. HALBERG (médaille d'or du 5000 m au Jeux Olympiques de Rome) et s'engager sur la voie de la compétition...

C) L'obésité

Un enfant est obèse lorsque son poids dépasse de deux déviations-standard ou de 20% le poids idéal pour sa taille (36). On peut l'apprécier par l'importance du panicule adipeux, à l'aide de compas d'épaisseur, en plusieurs points du corps. Pour orienter le diagnostic étiologique et les examens complémentaires, l'examen clinique est fondamental.

La taille est une donnée essentielle. L'obésité commune s'accompagne, en règle générale, d'une avance staturale (jusqu'à la puberté) à l'inverse des obésités d'origine endocrinienne. La petite taille d'un enfant obèse fait rechercher des signes cliniques puis paracliniques, orientant vers :

- une hypothyroïdie (contexte clinique, âge osseux)
- un hypercorticisme (vergetures, H.T.A.)
- un hypopituitarisme (visage poupin, peau fine, cheveux fins etc.)

L'obésité entre parfois dans le cadre d'un syndrome plus complexe.

● En pratique, un enfant obèse présentant un retard statural doit être exploré en milieu pédiatrique spécialisé (82).

● L'hyperphagie reste cependant la cause la plus fréquente de l'obésité de l'enfant.

L'examen clinique est alors orienté sur plusieurs points :

- l'allure évolutive de la courbe de poids
- les facteurs déclenchants ou aggravants
- la nature de l'environnement familial (affectivité, hérédité).

Après avoir demandé quelques explorations simples (âge osseux, glycémie, lipides sanguins, cholestérol, triglycérides), on donne le plus tôt possible des conseils diététiques.

Le sport, s'il est bien accepté, est un complément justifié de la thérapeutique par ses effets métaboliques et ses bienfaits sur l'équilibre psycho-affectif de l'enfant.

Sur ce plan, le rôle du médecin est important et celui des éducateurs devrait l'être. Il ne faut pas fixer l'obèse dans des activités où le sujet gros est classiquement bien accepté du fait de sa masse, de ses habitudes gastronomiques et de sa joviale participation aux activités extra-sportives. Mais ce problème est loin d'être simple. L'obèse recherche le milieu qui l'héberge et il est difficile de l'orienter vers des activités plus bénéfiques, mais contraignantes et souvent individuelles.

D) Les troubles de croissance

Ayant éliminé les affections d'origine endocrinienne ou chromosomique, nous soulevons ici la question des enfants et adolescents "trop petits" ou "trop grands".

Ils ne posent pas de problème particulier quant à leur participation générale aux activités sportives mais quant au choix d'une discipline. Il ne faut pas les orienter contre leur gré, sous prétexte que leur morphotype est plus prédisposé, vers telle ou telle spécialité. Par contre dans le cas d'un sujet "trop petit", il est souhaitable de ne pas autoriser la pratique intensive d'une discipline qui risquerait de fixer l'intéressé dans sa petite taille (haltérophilie et autres efforts de musculation...).

Dans les deux cas, l'intégration au groupe du même âge peut poser des problèmes d'ordre psychologique autant pour le "trop grand" que pour le "trop petit". Il ne faut pas se laisser abuser en surclassant un "grand" sur le seul argument de sa taille. Il faut savoir rassurer un "petit" et surtout lui faire comprendre qu'il peut se réaliser dans la discipline de son choix.

VII - SPORT ET EXAMEN D'URINE

Tout bilan systématique cherche à dépister une glycosurie ou une protéinurie. Ce dépistage se fait actuellement à l'aide de bandelettes réactives. Les résultats sont fiables à condition de respecter certaines précautions et de ne pas demander à la méthode plus qu'elle ne peut apporter (85).

Il faut considérer la méthode comme entachée d'un certain nombre d'erreurs. Seuls les faux négatifs ont une réelle importance (ils ne concernent que la recherche de glucose) (85).

- La découverte d'une protéinurie demande, avant toute enquête étiologique, d'être confirmée et mesurée sur 24 heures (44).

Il ne faut pas :

- . se contenter du diagnostic de protéinurie sans pratiquer les examens complémentaires indispensables donc
- . affirmer la bénignité d'une protéinurie orthostatique sans avoir vérifié qu'elle est isolée
- . prescrire un régime sans sel et mettre l'intéressé au repos si la protéinurie est isolée.

Si les examens pratiqués (compte d'Addis, compte de germes, urée sanguine, U.I.V.) sont négatifs et la protéinurie non permanente, le régime est inutile, la vaccination antitétanique est autorisée et une activité normale conseillée sous surveillance.

Il faut éviter, par un minimum d'examens, de laisser passer une affection grave, mais ne pas inquiéter inutilement des parents et limiter abusivement l'activité physique d'un sujet.

- Certains auteurs (27) ont envisagé la recherche systématique par les mêmes méthodes des hématuries microscopiques, éventuellement sensibilisées par des efforts modérés. Ils améliorent ainsi de façon significative le dépistage d'anomalies et d'affections uro-néphrologiques.

VIII - SPORT ET OPHTALMOLOGIE

A des degrés divers, l'intégrité des fonctions visuelles paraît essentielle dans la majorité des sports (saut à la perche, ski, etc.) non seulement l'acuité visuelle mais aussi la vision du relief, la vision nocturne ou plutôt aux faibles luminances, la résistance à l'éblouissement, la vision des couleurs...

Il est utile de rappeler que ces différents paramètres peuvent être modifiés par l'état physiologique du sujet, anoxémie relative du sujet insuffisamment entraîné par exemple. Lors de la "visite de sélection", il est donc indispensable que l'examineur s'attache à déterminer avec précision l'acuité visuelle du sujet avec ou sans correction et essaye de dépister une éventuelle insuffisance de convergence, une limitation du champ visuel, un trouble de la vision des couleurs.

Le rôle du médecin est également de conseiller le port de lentilles ou verres de contact, permettant, soit de pratiquer le sport envisagé, ce qui serait impossible sans eux (matériau mou dans les sports violents), soit d'améliorer les performances et d'éviter certains accidents (ski de piste) (76). Dans d'autres cas, le médecin doit faire comprendre à un amblyope, les dangers que présentent pour lui les risques traumatiques de certains sports.

Pour les athlètes et sportifs de haut niveau, un contrôle spécialisé est souhaitable d'autant que les intéressés ont à s'illustrer dans des conditions d'éclairage très variable (plein air, salles, nocturne).

Dans les suites de traumatismes oculaires (fréquents dans certains sports), un bilan complet de la fonction visuelle s'impose. Il faut rappeler l'efficacité des protections visuelles individuelles dans certains sports (moto, natation, ski, hockey, alpinisme).

IX - SPORT ET O.R.L.

L'examen de la sphère O.R.L. fait partie intégrante de la "visite de sélection", quel que soit le sport envisagé.

Dans le cadre de disciplines telles que la plongée sous-marine et l'aviation, un examen par un spécialiste est indispensable (radiographie des sinus, épreuve de perméabilité tubaire etc.).

L'examen de base s'attache à préciser :

- les troubles de la perméabilité nasale qui sont une gêne évidente d'adaptation respiratoire à l'effort (40). La cause la plus fréquente est traumatique (fracture non traitée ou ignorée) mais l'obstruction peut aussi être due à des phénomènes muqueux.
- les antécédents angineux et l'état des amygdales (grosueur, état cryptique). Il peut faire proposer une intervention prophylactique (les angines étant la cause de bien des contre-performances chez de nombreux sportifs).
- l'acuité auditive sur un mode clinique simple (voix chuchotée)
- l'absence d'acouphènes et d'antécédents otitiques. L'examen otoscopique dépiste les bouchons de cérumen (surdité brutale et immersion), les perforations tympaniques ou post-traumatiques ("coup de piston") qui contre-indiquent avant réparation, les sports aquatiques (52). Les antécédents de copho-chirurgie posent le problème de la contre-indication aux sports violents, à la moto...
- l'intégrité labyrinthique, indispensable dans certains sports, (gymnastique, patinage, alpinisme, plongée) avec nécessité d'un examen spécialisé en cas de troubles fonctionnels.

Le rôle du médecin, en dehors de l'examen, est important par les conseils qu'il donne à l'intéressé mais aussi aux parents et aux responsables sportifs :

s'abstenir de fréquenter la piscine en cas de rhume, s'orienter vers le spécialiste d'O.R.L. en cas de sinusites fréquentes, déconseiller l'usage intempestif des vaso-constricteurs locaux, faire comprendre qu'une fracture du nez diagnostiquée rapidement après le traumatisme est traitée plus facilement et avec un meilleur résultat que dépistée plus tardivement...

L'examen de la sphère O.R.L. est important dans le contrôle médico-sportif car il peut déboucher sur un bon nombre de contre-indications temporaires ou permanentes. Le pronostic de ces interdictions a été favorablement amélioré par les progrès de la micro-chirurgie.

X - CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF ET LÉGISLATION
 EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

• Le décret n° 77-554 du 27/05/1977 (J.O. du 3/06/1977)
constitue le texte officiel de référence.

Son application pratique mérite quelques précisions en raison en particulier de points essentiels laissés en suspens :

- la définition des groupes d'aptitude
- la carence de la majorité des fédérations sportives

qui n'ont pas établi leur réglementation du contrôle médico-sportif comme le demande l'article 8 du titre II du décret sus-cité.

• Nous consacrons ces quelques lignes à un rappel des principales dispositions encore en vigueur pendant cette période que nous espérons de transition.

+ Classification des élèves des établissements d'enseignement
en vue de la pratique des exercices d'éducation physique et sportive :

- arrêté du 15/09/1959 (J.O. du 23/09/1959)
- circulaire du 23/09/1959
- circulaire du 29/02/1960

- Groupe A-a : élèves aptes à l'éducation physique et sportive collective, pratiquée avec leur classe, sans restriction, c'est-à-dire ceux qui ressortissaient du groupe I (bons) de la classification de 1945.

- Groupe A-b : élèves aptes à l'éducation physique et sportive collective, pratiquée avec leur classe, avec dosage, c'est-à-dire ceux qui ressortissaient du groupe II (moyens) de la classification de 1945.

- Groupe B-a : élèves aptes à l'éducation physique et sportive sportive particulière et spécialisée, pratiquée en dehors de leur classe ou même de l'établissement, c'est-à-dire ceux qui sont justiciables de rééducation physique (ancien groupe III "à ménager") dispensée dans les sections ou dans les centres de rééducation physique.

Groupe B-b : élèves relevant d'une éducation physique et sportive particulière et individuelle, pratiquée sous surveillance médicale,
c'est-à-dire ceux qui étaient classés dans l'ancien groupe IV des inaptes définitifs.

+ Certificats d'aptitude :

- délai de validité = 120 jours (arrêté du 4/02/1959, J.O. du 19/02/1959)

- surclassements

- arrêté du 1/06/1955 (J.O. du 17/06/1955)

- arrêté du 24/07/1958 (J.O. du 27/08/1958)

- arrêté du 28/03/1961 (J.O. du 14/04/1961)

- sport et grossesse :

- circulaire du 15/02/1961

- arbitres :

- arrêté du 28/03/1961 (J.O. du 14/04/1961)

- sportifs participant à deux compétitions officielles hebdomadaires, l'une corporative, l'autre civile :

- arrêté du 13/11/1961 (J.O. du 16/12/1961).

Il existe d'autres dispositions plus ou moins "adaptées" concernant les disciplines particulières telles que la boxe, le marathon, les sports aériens, la plongée... en attendant les nouvelles directives fédérales.

Il en est de même pour le contrôle des sujets exerçant ou voulant exercer la profession d'E.P.S. (attributions du M.I.R.J.S.).

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Elle comporte :

- une étude des grandes insuffisances conceptuelles, suivie de propositions de solutions globales :
 - informer
 - former
 - donner un statut
- un bref constat des carences matérielles
- des propositions de solutions ponctuelles à visée immédiate
- une étude prospective en fonction de deux grandes options :
 - contrôle médico-sportif et ergonomie médico-sportive
 - contrôle médico-sportif et politique de santé.

D I S C U S S I O N

● L'expérience personnelle, entreprise et poursuivie dans la ville de Feyzin, après nous avoir incité à faire le point sur la situation actuelle du contrôle médico-sportif, nous a surtout fait prendre conscience des notables insuffisances qui caractérisent ses conditions d'exercice.

Leur analyse constitue le thème central de cette discussion avec pour corollaires des propositions de solutions afin d'assigner au contrôle médico-sportif sa véritable efficacité. On est en effet surpris par l'énorme déséquilibre qui persiste entre des options dont le contenu global nous semble fort louable (même si elles méritent certains aménagements) et des moyens d'application tellement fragmentaires et approximatifs qu'on en arrive à se demander quel sentiment anime les pouvoirs de décision...

Le deuxième volet de cette discussion sera orienté sur les perspectives qu'on peut honnêtement envisager quant à la pratique future du contrôle médico-sportif au regard de données qui présument de l'évolution des connaissances médico-sportives et de la politique de santé.

● Il est difficile de cerner avec exactitude l'importance respective des lacunes qui interdisent actuellement l'exercice d'un contrôle médico-sportif de qualité. Leurs origines sont multiples, très disparates, surement liées pour l'essentiel à un manque évident de moyens, mais il semble qu'avant même d'arguer de ces éléments matériels en criant haro trop facilement, il est peut être intéressant de considérer certaines dispositions plus conceptuelles qui représentent des entraves indiscutables au développement des structures indispensables.

● La faiblesse la plus éclatante réside encore dans le "vécu"
même du contrôle médico-sportif. Notre expérience personnelle à ce sujet fut édifiante. A son origine notre intervention fut surtout appréciée en raison... de la délivrance massive des certificats. Avec le temps et le dialogue indispensables, elle fut ressentie tout à fait différemment. De plus en plus on vit les parents et les éducateurs accompagner les enfants et soulever des problèmes qui manifestement n'avaient jusqu'alors jamais été abordés... Une étape capitale fut franchie le jour où, à l'occasion de l'assemblée générale de l'O.M.S., une séance d'information précisa la nature et les objectifs du contrôle médico-sportif. Les responsables des diverses associations sportives venaient, sans doute pour la première fois, de prendre conscience du phénomène et de son intérêt ! A l'indifférence ou à la réticence succédaient l'adhésion et la confiance.

Il est capital de développer et de diffuser l'information à tous les partenaires (pratiquants, familles, éducateurs, entraîneurs, dirigeants, collectivités locales, médecins ...) en multipliant les réunions de propagande, les mises à jour périodiques, les colloques d'Enseignement Post Universitaire médico-sportif. Il est essentiel en particulier d'établir les collaborations indispensables, et pour cela de lever les incertitudes des relations entre les différents responsables. Parmi eux nous pensons aussi aux médecins (difficultés d'intégration entre médecins généralistes et médecins spécialistes, entre fondamentalistes et cliniciens...).

● Un autre travers est né de la confusion engendrée par les dispositions officielles récentes. Nous avons vanté les mérites du décret n° 77-554 du 27/05/1977, soucieux de considérer le contrôle médico-sportif comme un acte "spécialisé". Nous sommes persuadé qu'il faut lui maintenir cette vocation générale mais n'a-t-on pas trop anticipé en confiant intégralement le contrôle medico-sportif à des médecins habilités ? Dès lors, deux questions s'imposent :

1) est-il indispensable d'être un "spécialiste" pour effectuer une "visite de non contre-indication" à la pratique habituelle des activités physiques et sportives ? Confier l'exclusivité du contrôle médico-sportif de base (donc de masse) au stade primaire de la "sélection" (c'est-à-dire de la non contre-indication) à des médecins "spécialistes", n'est-ce pas précisément leur enlever cette identité et à la Médecine du Sport ses véritables ambitions qui sont quand même plus élargies ? D'ailleurs, comment les six millions de pratiquants licenciés au sein des fédérations pourraient-ils être "absorbés" par les seuls médecins habilités ?

2) l'habilitation des médecins responsables est-elle réellement justifiée ? Certes, nous ouvrons là un procès délicat mais on ne peut pas honnêtement ne pas en parler. Quelle est la place du "contrôle médico-sportif" dans la formation des médecins du Service de Santé Scolaire ? Sur quels critères de compétence les médecins fédéraux sont-ils agréés ? Les médecins titulaires du C.E.S. de Biologie et de Médecine du Sport sont-ils tous eux-mêmes incontestables ?

● Il existe une réponse commune à ces deux questions fondamentales : le développement et l'amélioration de la formation à tous les niveaux.

● Il y a anachronisme coupable à ne pas intégrer obligatoirement l'enseignement de la Médecine du Sport dans le programme officiel de toutes les Facultés de Médecine. A t'on le droit de considérer comme "optionnel" un phénomène épidémiologique aussi important ? Songerait-on par exemple à ne rendre que facultatif l'enseignement de la Médecine du Travail ?

Il faut donner à tout médecin une formation de base adaptée pour justifier ainsi une intervention que nous jugeons nécessaire et de toute façon actuellement indispensable. Cette initiation au contrôle médico-sportif et la prise de conscience des possibilités offertes par ses différents niveaux d'activité pourraient lui permettre de mieux apprécier l'opportunité qu'il peut y avoir à recourir au Médecin du Sport "spécialisé".

● Il y a hypocrisie non moins criticable à confier au Service de Santé Scolaire ou aux Fédérations sportives des responsabilités dont on sait pertinemment qu'elles ne peuvent être assumées. La Médecine scolaire n'en a ni le temps, ni souvent les compétences. Quant à la Médecine fédérale, on sait sur la base de quelles traditions elle a opéré une grande partie de son recrutement...

Il faut exiger de ces deux catégories de médecins une formation adaptée à leur fonction par l'acquisition du C.E.S. de Biologie et de Médecine du Sport sous sa forme actuelle.

● Il y a insuffisance notable enfin du niveau de cette spécialité, et ce qui est sans doute plus grave actuellement de son mode de recrutement. On est étonné de voir éclore des vocations chez des médecins qui ne se sont pas mis en culotte courte depuis l'école maternelle, qui n'ont pas même depuis fréquenté un stade ou une salle de sport et qui se demandent encore si le football se joue à 11 et le rugby à 15... Avec ce rudiment de "culture sportive", ne doit-on pas craindre de dénaturer la Médecine du Sport jusque dans ses fondements si les connaissances purement livresques de ces "mutants" leur permettaient d'obtenir la spécialité ? Il est évident que pour certains d'entre eux cette demande est dictée par la perspective d'un marché que le législateur ratifie...

Il faut d'ores et déjà envisager un programme d'enseignement du C.E.S. sur deux ans, comprenant des stages pratiques dans des structures médico-sportives. Nous pensons que c'est la durée minimale pour acquérir une formation solide dans un domaine aussi vaste que la Médecine du Sport. Rappelons, par comparaison encore, que l'accroissement des exigences a justifié récemment l'étalement sur deux ans du C.E.S. de Médecine du Travail... En réalité, il semble souhaitable d'établir une gradation dans la formation en fonction des besoins et du niveau d'activité par la création d'une "compétence", acquise sur un programme d'un an correspondant à la première année du C.E.S. et strictement orientée sur les bases fondamentales et les applications pratiques du contrôle médico-sportif.

● Une troisième ambiguïté est issue des incertitudes que connaissent les Médecins du Sport à s'identifier en tant que tels. Les imprécisions et les imperfections de leurs statuts ne leur permettent pas actuellement d'exercer dans la sérénité indispensable au bon accomplissement de leur mission. Cette caractéristique est commune aux différents cadres d'activité : médecins des services du Ministère de la Jeunesse et des Sports, médecins fédéraux, médecins en exercice dans les Centres Médico-Sportifs municipaux...

● Il faut donner à tous les Médecins du Sport, quelle que soit leur fonction, un statut qui précise leurs droits et leurs devoirs, et mettre en place des corps de médecins rémunérés à mi-temps ou à temps plein. On sait qu'un effort tout particulier est actuellement amorcé dans ce sens au sein de certaines fédérations sportives afin de donner aux commissions médicales leur véritable place. Cette option prise sur l'initiative du Bureau Médical du Ministère pourra se réaliser avec l'aide d'allocations spéciales prélevées sur le budget 1979... dont on sait les remous qu'il déclenche. On souhaite parallèlement que l'Administration Centrale songe à réactualiser et à mieux préciser le rôle de ses Médecins Inspecteurs tout en leur donnant les moyens d'exercer.

● Ces carences fondamentales ont essentiellement pour supports des erreurs globales de conception quant aux grandes options à prendre pour améliorer l'exercice du contrôle médico-sportif et de la Médecine du Sport en général.

En dehors de ces lacunes surtout conceptuelles qui peuvent trouver des solutions dans une meilleure analyse de la situation actuelle, on ne peut passer sous silence les insuffisances des moyens mis à la disposition des responsables et que traduisent clairement quelques aspects budgétaires. Le constat est criard et nous oblige à dénoncer la politique de désengagement financier de l'Etat dans le domaine du contrôle médico-sportif. Nous le schématisons au travers de trois dispositions :

- taux de la participation de l'Etat aux dépenses de contrôle médical sportif (arrêté du 14/11/1975, J.O. du 30/11/1975) : "Dans la double limite des crédits budgétaires ouverts à cet effet et d'un taux maximal de 5 F. par sujet examiné, le Ministère peut participer aux dépenses assumées

par les centres de médecine du sport agréés et par les associations sportives agréées dont les services médicaux pourront leur être assimilés, au titre de l'organisation du contrôle médical des activités physiques et sportives".

- rémunération des médecins inspecteurs régionaux de la Jeunesse et des Sports (arrêté du 01/07/1977, J.O. du 14/07/1977) : "Ils perçoivent une indemnité forfaitaire dont le taux maximal annuel est fixé à 7000 F."

- rémunération des médecins relevant du Ministère : Ils sont rémunérés à la vacation, dont les taux sont fixés par le tableau suivant :

	L I E U D E R E S I D E N C E		
	Région Parisienne	Villes de 200.000 habitants et plus et villes faisant partie des communautés urbaines	Localités de moins de 200.000 habitants
	Francs	Francs	Francs
Médecins titulaires du certificat de biologie et de médecine du sport			
- Première heure	31	28	25
- Chaque heure en sus	38	25	24
Autres médecins			
- Première heure	24	23	22
- Chaque heure en sus	23	22	21

L'ensemble de ces dispositions est repris, précisé et commenté dans la circulaire DEPS/SM n° 11-751 du 13/07/1977.

● Actuellement le contrôle médico-sportif est à la charge quasi exclusive des communes ou des associations sportives.

Si le Sport est devenu une "obligation nationale", il doit devenir par là même un devoir d'Etat ...

● Avant d'en finir avec la première partie de cette discussion, il nous a semblé utile de proposer quelques solutions, ponctuelles certes, mais qui pourraient d'ores et déjà en pratique améliorer la qualité du contrôle médico-sportif :

- préciser rapidement les responsabilités des fédérations qui, pour la plupart n'ont pas respecté les dispositions de la loi du 29/10/1975 (cf. page 23) et du décret du 27/05/1977 (cf. page 19). Cette étape, à nos yeux fondamentale, et qui demande avant tout une mobilisation des bonnes volontés, permettrait parallèlement de mieux préciser les responsabilités des médecins (notion d'"obligation de moyens" tenant compte des protocoles fixés par les réglementations fédérales).

- intégrer, même partiellement, le contrôle médico-sportif dans la politique globale de Médecine Préventive, ce qui implique la gratuité pour les intéressés et la participation financière de certains organismes (compagnies d'assurance du risque sportif, fédérations, fonds d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale, ...).

- mobiliser les moyens existants et les organiser rationnellement en particulier quant à une meilleure utilisation des locaux et du personnel disponibles. Il faut éviter la superposition des activités en définissant sans ambiguïté les tâches et les responsabilités des Services dont les structures sont déjà adaptées au contrôle médico-sportif de base (Service de Santé Scolaire, Médecine du Travail, Service de Santé des Armées...).

- aménager certaines dispositions :

- étendre le délai de validité du certificat médical d'aptitude à 150 jours au lieu de 120 ou

- établir transitoirement des priorités en ne rendant le contrôle annuel obligatoire que :

- . à la signature de la première licence
- . à chaque changement de catégorie
- . en cas de surclassement
- . en cas de participation à deux compétitions officielles hebdomadaires, l'une corporative, l'autre civile
- . en cas d'affection ou de blessure intercurrentes ayant entraîné une indisponibilité sportive d'au moins deux mois
- . en cas de changement d'association sportive
- . en cas de changement d'orientation sportive.

● Il est préférable, selon nous, de concentrer l'action sur les sujets à "haut risque" dont certains méritent même des surveillances plus régulières que le simple contrôle annuel, que de s'éparpiller sur toute la masse des pratiquants n'entrant pas dans les catégories précitées, et pour lesquels on pourrait tacitement renouveler le "feu vert" sous réserve d'une demande personnalisée (par l'intéressé lui-même, par la famille ou par l'éducateur) toujours possible.

● Il nous a paru intéressant d'envisager dans la deuxième partie de cette discussion les options susceptibles de dicter les grandes décisions quant à l'exercice futur du contrôle médico-sportif. Elles reposent à nos yeux sur la base de deux données évolutives dont l'empreinte est déjà très ressentie.

Une a un support médical, c'est l'abord du contrôle médico-sportif selon une méthodologie ergonomique.

L'autre a un support politique, c'est l'intégration du contrôle médico-sportif dans des structures médico-sociales à vocation préventive principale et mises en place par une politique de Santé résolument orientée dans ce sens.

● L'appréhension du contrôle médico-sportif et de la Médecine du Sport en général sur un mode ergonomique n'est pas une idée nouvelle mais elle éprouve bien des difficultés pour s'imposer. Mode de conception particulier, l'ergonomie médico-sportive demande d'aborder tous les problèmes de la médecine des activités physiques et sportives avec un esprit neuf et met fin à la fantaisie, à l'improvisation et à l'artisanat.

Son premier intérêt étant l'amélioration du rendement, l'ergonomie (ou mieux adaptologie) connut un succès immédiat dans le monde du travail. Son deuxième intérêt, moins évident au premier abord, apparut ensuite avec une meilleure prévention de la pathologie professionnelle. On retrouve ici les deux idées directrices de la Médecine du Sport moderne :

- amélioration de la performance
- prévention d'une pathologie spécifique induite

- L'activité sportive confronte un individu et un milieu.

L'ergonomie médico-sportive cherche à parfaire leur adaptation réciproque en respectant les deux objectifs précités.

Elle suppose une connaissance globale des activités sportives, donc une conjugaison d'efforts qui met en jeu une participation pluridisciplinaire.

L'individu est défini par un ensemble de qualités physiques, intellectuelles et affectives qui lui permettent de réaliser une performance.

Le milieu est défini par la discipline pratiquée et les conditions de sa pratique.

La discipline et au sein même de cette discipline la spécialité (par exemple la distance pour un athlète ou un nageur, le poste pour un sujet pratiquant un sport collectif) sont caractérisées par leurs exigences physiques et technologiques (contraintes biomécaniques des gestes techniques).

Les conditions de sa pratique sont représentées par l'ambiance, c'est-à-dire tout ce qui touche à l'environnement (matériel, psychologique, météorologique etc.) et à ses contraintes.

La performance est le résultat d'une somme d'adaptations à cette somme d'agressions.

La prévention est réalisée tant que n'apparaissent pas les signes de désadaptation c'est-à-dire les faits pathologiques.

- La clinique quotidienne demeure le fondement de la démarche ergonomique. Le médecin observe et collecte les faits pathologiques dont sont victimes les "individus". Leur analyse est confrontée aux données fournies par les responsables du "milieu". Le traitement de l'ensemble permet la mise au point de tests spécifiques chargés d'explorer les qualités requises pour une parfaite adaptation réciproque.

Au niveau du milieu, ils permettent d'améliorer les conditions d'activité (modification de l'équipement et du matériel ; élaboration des techniques d'entraînement ; diminution des contraintes psychologiques etc.).

Au niveau de l'individu ils permettent :

- d'établir un profil d'aptitude à un "emploi" donné avec deux profils extrêmes : le profil minimum (qui correspond au profil de non contre-indication) et le profil optimum (qui est celui de l'athlète de haut niveau)
- d'élaborer un enseignement programmé pour développer les qualités d'une meilleure adaptation, c'est-à-dire d'observer une progression du profil
- de surveiller le maintien d'une excellente adaptation, c'est-à-dire d'observer une stabilisation du profil au meilleur niveau
- de prévenir l'apparition de réactions de désadaptation, c'est-à-dire d'observer une régression du profil.

• L'établissement du profil d'aptitude demeure un des problèmes fondamentaux encore très imparfaitement résolu. Il repose sur :

- des critères morphologiques :

Ils doivent être considérés comme non valables en tant qu'argument de contre-indication mais les études d'anthropométrie et de biomécanique appliquées ont prouvé leur incontestable intérêt au moment de l'orientation sportive pour obtenir des résultats de haut niveau.

- des critères physiologiques :

On a surtout étudié ceux qui apprécient les capacités énergétiques.

On a aussi tenté de définir les disciplines sportives en fonction de leurs exigences énergétiques et de mettre au point des méthodes pour les explorer et les quantifier à l'aide de paramètres physiologiques fiables.

L'exploration du comportement énergétique est insuffisant car il existe d'autres facteurs de performance plus ou moins spécifiques de la discipline envisagée.

Pour chaque discipline il faut donc :

- définir ces facteurs
- définir les tests d'exploration adaptés
- et établir une batterie de tests d'exploration propre à chaque discipline.

Parmi eux, ceux qui explorent l'aptitude psychologique et l'aptitude psycho-motrice sont promis à un bel avenir.

Nous voudrions insister ici sur une notion fondamentale :
le "bon choix" des tests.

Depuis le début du siècle, des centaines de tests prétendant évaluer l'aptitude physique ont été proposés et utilisés, mais bien souvent leurs utilisateurs en ont oublié le fondement physiologique. Les résultats obtenus sont alors mal interprétés et responsables de déviations terminologiques, non satisfaisantes sur le plan intellectuel, mais surtout responsables d'erreurs pratiques inacceptables au plan de l'éthique médicale.

● Pour terminer cette discussion, nous soulèverons brièvement l'hypothèse d'une intégration officielle du contrôle médico-sportif dans une politique de Santé à visée préventive. Cette intervention médicale représente à l'évidence un volet de l'hygiène sociale qu'on ne peut négliger, quand on sait que son impact touche une grande partie des couches les plus jeunes de la population. Elle doit avoir sa place reconnue et accrue auprès ou dans des structures médico-sociales déjà confirmées (Service de Santé Scolaire, Médecine du Travail, Service de Santé des Armées, organismes divers d'Hygiène Sociale...) et se développer pour son propre compte comme une institution médico-sociale de première importance.

Une telle option exige une convergence d'initiatives dont les intérêts ne sont pas toujours parallèles. Espérons qu'au bout du compte, elles ne seront dictées que par le souci de la Santé collective.

CHAPITRE V

PERSPECTIVES FEYZINOISES

I - LA RÉALITÉ FEYZINOISE

- A) Les données géographiques
- B) La situation démographique et l'urbanisme
- C) La situation sportive
- D) La situation médicale

II - LES PERSPECTIVES FEYZINOISES

- A) Les données générales
- B) Le centre médico-sportif

PERSPECTIVES FEYZINOISES

Nous avons voulu aller au-delà des réflexions et ne pas nous en tenir au stade de la dialectique purement spéculative, ne serait-ce que pour montrer la voie à d'autres, ceux surtout qui détiennent à un niveau ou à un autre, le pouvoir de décision...

A l'issue de douze mois d'une expérience rendue parfois délicate notre satisfaction sera d'avoir sensibilisé une assez grande partie des responsables du sport à Feyzin, pour qu'un projet de centre médico-sportif y soit envisagé. Il entrera dans la discussion du budget municipal pour l'année 1979.

Pour justifier un tel choix et le guider de manière cohérente, il est indispensable, non seulement de connaître la réalité feyzinoise telle qu'elle se présente aujourd'hui, mais aussi d'en apprécier les perspectives à plus ou moins longue échéance. Cela nécessite une étude globale à visée prospective de données évolutives essentielles : démographie et urbanisme, avenir du Sport, avenir de la Santé...

I - LA RÉALITÉ FEYZINOISE

Elle fait appel, pour être comprise, aux éléments traditionnels de mise en place du cadre de vie.

A) Les données géographiques :

Au Sud de l'agglomération lyonnaise, un territoire de 1000 hectares, "naturellement" scindé en deux zones distinctes par une barrière abrupte (bordure de moraine glaciaire) :

- à l'Ouest la plaine du Rhône, elle même morcelée en tronçons parallèles par le Rhône, son canal, l'autoroute A7, la voie ferrée à 4 voies Lyon - Marseille, et la R.N.7.

- à l'Est un grand plateau vallonné qui se prolonge sur Vénissieux et Corbas.

Pour accéder de l'une à l'autre, il n'existe actuellement que deux passages assez difficiles, la rue de Razes et la montée des Gorges.

B) La situation démographique et l'urbanisme :

• Feyzin fut longtemps un village oscillant entre 1400 et 2000 habitants dont l'activité essentiellement rurale fut peu à peu complétée (dès avant la guerre) par le travail en usine.

Après 1946, la courbe démographique manifeste une ascension importante et régulière pour atteindre 7370 habitants en 1975 (Tableau 1), le "baby-boom" de l'après-guerre ayant été relayé par l'apport extérieur de travailleurs attirés professionnellement soit par un emploi sur place (construction de la Raffinerie après 1960, chantiers C.N.R....) soit par un emploi à proximité (Rhône-Poulenc, Berliet, ... et tous les emplois de l'agglomération lyonnaise).

Parallèlement les campagnes se vident rapidement. On ne compte actuellement que 23 agriculteurs déclarés à Feyzin, dont presque la moitié a atteint l'âge de la retraite !

- Si ces dernières années la natalité a chuté à Feyzin comme partout ailleurs, on constate pourtant que les effectifs scolaires se maintiennent ou même augmentent (Tableau 3).

On invoque deux explications :

- une baisse de la natalité relativement peu importante car les jeunes ménages installés à Feyzin y trouvent une certaine stabilité (emploi et logement) et n'hésitent pas à procréer.

- un énorme taux de rotation de la population feyzinoise avec l'arrivée de familles avec enfants et le départ des retraités. Si bien que numériquement parlant les sujets âgés ne représentent pas un groupe très important : 300 habitants avaient 65 ans et plus en 1975 (Tableau 2).

- La situation géographique de Feyzin est à l'origine des difficultés qu'ont les Feyzinois à se donner une unité. Il y a toujours eu 2 pôles d'attraction : "Les Razes" dans la plaine et "la Bégude" sur le plateau. En dehors d'eux, des groupes d'habitations plus ou moins dispersés.

Pourtant, l'identité feyzinoise fut à peu près conservée jusqu'à l'industrialisation : à 12 kilomètres de la place Bellecour et loin de Lyon, la "conscience" feyzinoise existait encore...

Après la guerre, le village de Feyzin devient une "commune - dortoir" de l'agglomération lyonnaise. De nombreuses habitations se construisent sur le plateau. L'implantation de la Raffinerie et autres industries transforme la plaine en foyer de pollution. "Les Razes", encore très peuplées, perdent progressivement leur vocation de centre. Mais aucun centre nouveau ne s'est encore créé pour une population dont la majorité est essentiellement "hébergée" mais ne "vit" pas réellement à Feyzin.

- Ville jeune et "ouvrière", "ville-dortoir" de l'agglomération lyonnaise, Feyzin avec ses 8000 habitants cherche un centre pour faire son unité.

C) La situation sportive :

- Effectifs

L'Office Municipal des Sports de Feyzin a été créé en juin 1977.

Il regroupe pratiquement toutes les associations sportives existant sur la commune. Il en compte à ce jour 18 dont une scolaire (C.E.S.) et trois corporatives (A.S. Elf France, A.S.S.P.I.E. Batignolles, Sports et Loisirs de Sibelin).

Pour la saison 1977-1978, le nombre de licenciés était d'environ 1300 (Tableau 4). Il atteignait 700 en 1971 et devrait approcher 1500 pour la présente saison.

- Infrastructure :

. en service :

- 1 stade omnisport (Football, Rugby, Athlétisme, Tennis)
- 1 salle omnisport (Basket ball, Hand ball, Tennis, Gymnastique)
- 1 piscine d'été
- le Judo utilise les locaux du Centre Social
- le Tennis de Table, des locaux privés.

. en cours de réalisation :

- 1 stade omnisport
- 1 C.O.S.E.C. au C.E.S.

D) La situation médicale :

L'implantation médicale se résume actuellement à trois médecins généralistes, en dehors des institutions médico-sociales traditionnelles (P.M.I., Service de Santé Scolaire, Médecine du Travail).

II - LES PERSPECTIVES FEYZINOISES

A) Les données générales

Les caractéristiques géographiques et économiques de la ville de Feyzin au sein de l'agglomération lyonnaise lui confèrent à plus ou moins long terme un profil dont on peut tracer les grandes lignes, sans risque de trop se tromper :

1°) la montée démographique s'inscrit obligatoirement dans le contexte d'urbanisation qui s'étend au contact de Lyon (situation identique pour Saint-Fons, Corbas et Mions : Tableau 5), ce courant irréversible étant parfaitement défini dans le Schéma Directeur d'Aménagement et d'Urbanisme (S.D.A.U.).

2°) "Les Razes", l'ancien quartier principal, auquel les Feyzinois sont très attachés, constitue actuellement une zone bloquée au milieu d'une plaine qui affirme de plus en plus sa vocation industrielle en raison des atouts dont elle dispose et qui feront de plus en plus pression. Foyer de pollution condamné à être marginal, il impose de déplacer le centre de Feyzin sur le plateau, nettement plus hospitalier.

Arguments géographiques, arguments économiques, arguments écologiques, comment peut-on envisager l'urbanisme du futur Feyzin ?

Ceci impose des choix en matière de Plan d'Occupation des Sols (P.O.S.) qui devront être guidés par les réalités sociales quotidiennes, notamment en ce qui concerne les services et les équipements à haute fréquentation (équipements scolaires, équipements sportifs, équipements des services de santé...).

B) Le centre médico-sportif

Sa création se justifie pleinement sur les données précitées (importance des populations scolaire et sportive, prévisions démographiques). Mais où et comment l'implanter ?

Le stade omnisport, infrastructure actuellement la plus fréquentée, est bloqué dans le quartier des "Razes" et dans la pollution au bord de l'Autoroute A7...

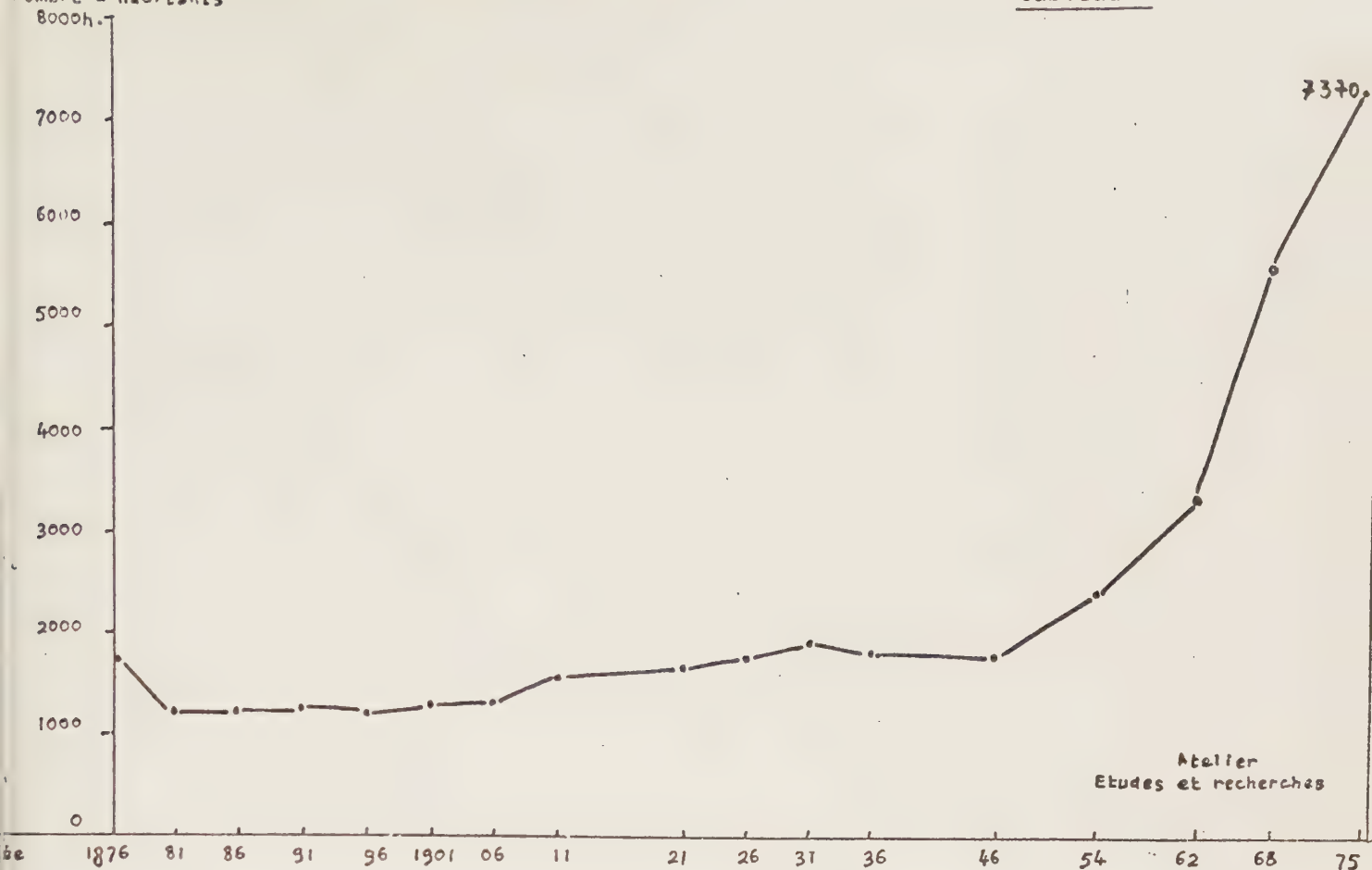
Les grands équipements sportifs futurs devraient respecter les règles de l'urbanisme entrevu...

L'attitude la plus rationnelle consisterait selon nous, à créer un centre médico-sportif sur le stade actuel sans investir de manière trop onéreuse, sachant pertinemment que son avenir est ailleurs.

A plus long terme, il est louable de ne pas considérer le centre médico-sportif isolément mais de le concevoir dans une infrastructure sanitaire aux activités plus élargies du type centre médico-social où convergeraient tous les Services à vocation préventive principale.

tableau 2

Nombre d'habitants



Pyramide des Ages FEYZIN 1975
(INSEE)

tableau 3

Masculin

Féminin

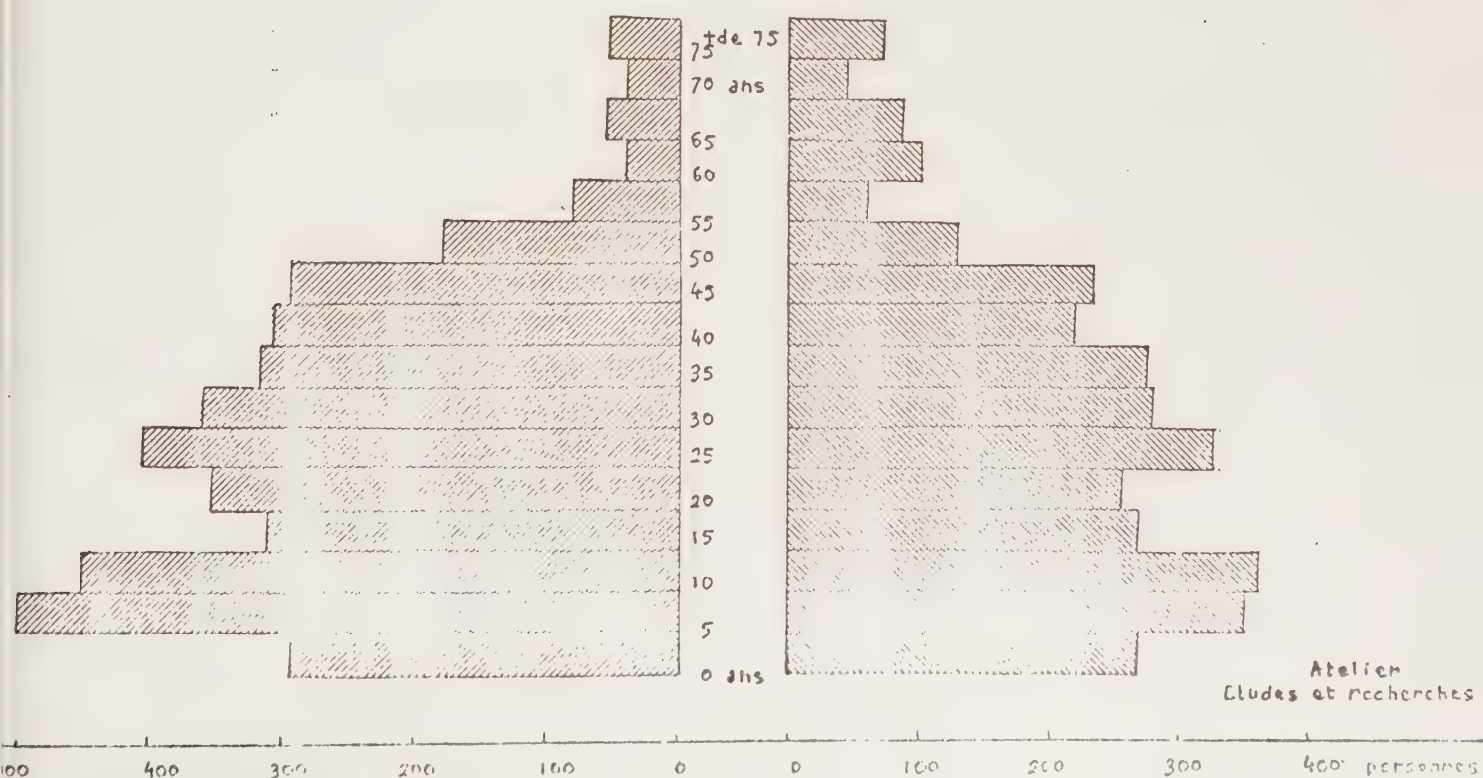


tableau 3

EFFECTIFS SCOLAIRES A FEYZIN

=====

(Année 1977 - 1978)

1er DEGRE

LES RAZES

Maternelle	141	}	
- Garçons	132	}	
Primaire :		}	237
- Filles	105	}	
			378

LES GERANIUMS

Maternelle	205	}	
- Garçons	111	}	
Primaire :		}	258
- Filles	147	}	
			463

LE PLATEAU

Maternelle + Primaire	192		192
-----------------------------	-----	--	-----

LA TOUR

Maternelle	70	}	
Primaire	171	}	241

<u>ECOLE PRIVEE</u>	134		134
---------------------------	-----	--	-----

2ème DEGRE

<u>C.E.S.</u>	567		567
---------------------	-----	--	-----

EFFECTIF TOTAL

1975

tableau 4

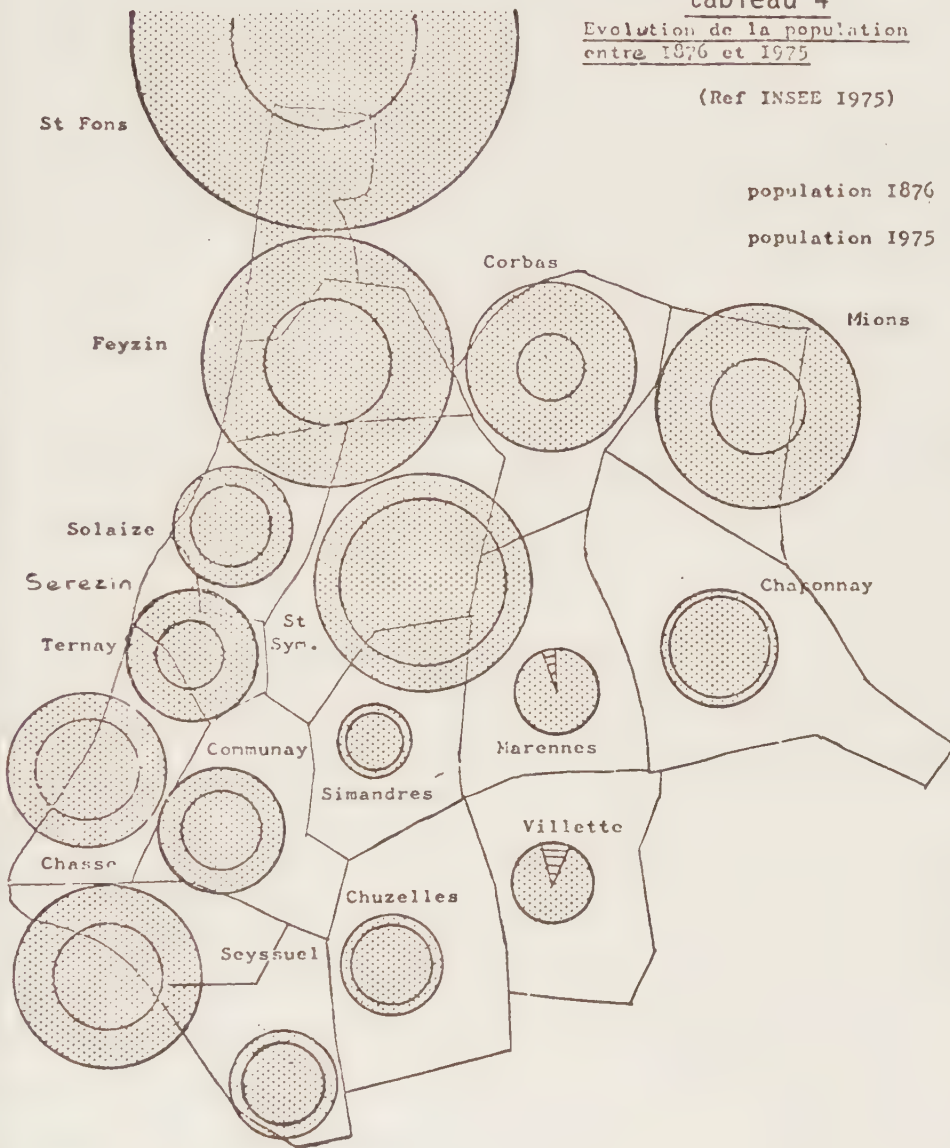
A S S O C I A T I O N S S P O R T I V E S		EFFECTIFS
A.S. du C.E.S.		32
A.S. Elf France	(Football)	30
Comité Sports et Loisirs de Sibelin	(Football)	25
A.S. S.P.I.E. Batignolles	(Football)	26
Feyzin Club Belle Etoile	(Football)	277
Hand Ball Club Feyzinois	(Hand Ball)	128
Basket Club Feyzinois	(Basket)	80
Rugby Club Feyzinois	(Rugby)	49
Tennis Club Feyzinois	(Tennis)	156
Feyzin Nautic	(Natation)	137
Judo Club Feyzin	(Judo)	52
Association Feyzinoise d'Athlétisme	(Athlétisme) ...	35
Tennis de Table	(Tennis de table)	30
La Flamme de Feyzin	(Gymnastique) ..	108
Elle en Forme	(Gymnastique) ..	20
Pétanque - Boule de Feyzin	(Boule)	56
Unic Boule	(Boule)	50
Boule de la Bégude	(Boule)	31

Soit au total 1300 licenciés environ

tableau 4

Evolution de la population
entre 1876 et 1975

(Ref INSEE 1975)



Les deux cercles indiquent
la proportion d'augmentation
Les parties hachurées indiquent
la diminution de population

Atelier
"Etudes et recherches"

C O N C L U S I O N S

- "Le développement de la pratique des activités physiques et sportives, élément fondamental de la culture, constitue une obligation nationale. Les personnes publiques en assurent la charge, avec le concours des personnes privées ...".

(Article 1 - Loi n° 75 988 du 29 octobre 1975 (J.O. du 30 octobre 1975)).

- Parallèlement, le législateur affirme officiellement la nécessité d'une intervention médicale adaptée pour contrôler un phénomène épidémiologique aussi important.

(Décret n° 77 554 du 27 mai 1977 (J.O. du 3 juin 1977)).

Les objectifs prioritaires et les modalités d'exécution du contrôle médico-sportif y sont définis, mettant en exergue le rôle fondamental du Service de Santé Scolaire et des Fédérations sportives, tout en affirmant l'autorité de médecins spécialement compétents.

Ces dispositions doivent revaloriser une action médicale trop souvent considérée comme une astreignante et peu glorieuse formalité administrative à caractère plus ou moins répressif. Avec des missions élargies, plus complexes, mais réellement efficaces, le contrôle médico-sportif doit s'imposer aux yeux de tous les responsables, pratiquants, éducateurs, entraîneurs, dirigeants, médecins, pouvoirs publics, comme un concept fondamental dans l'évolution d'une nation sportive moderne.

- Pourtant, on est en droit de craindre que ces louables options portent en elles des impatiences qui engendrent bien des difficultés dans la réalisation. Notre pays n'a pas actuellement les moyens d'une politique aussi ambitieuse et sans doute entrons nous dans une période de transition où des aménagements seront nécessaires dans l'attente d'une réorganisation officielle de la Médecine du Sport.

- Des solutions - partielles certes - mais non négligeables par leur efficacité immédiate ou à plus ou moins court terme, méritent d'être envisagées. Leur succès passe obligatoirement par un choix politique fermement orienté et non pas approximatif, au coup par coup.

Plusieurs démarches en constituent les fondements :

. Sensibiliser tous les responsables en les informant de ce qu'est véritablement le contrôle médico-sportif, intervention médicale complète et personnalisée, soucieuse de la Santé dans et par le Sport, soucieuse aussi de l'amélioration des performances.

. Utiliser les moyens déjà existants, en sollicitant avec plus d'insistance certaines institutions médicales à vocation préventive affirmée (Médecine du Travail, Service de Santé des Armées), tout en définissant leurs missions avec précision afin d'éviter la superposition des activités.

. Stimuler la création de centres médico-sportifs par les collectivités locales, seules infrastructures capables d'assurer un contrôle de qualité par élaboré sur la base d'un dialogue permanent entre pratiquant - technicien médical - technicien sportif.

. Obtenir des fédérations sportives la présence en leur sein de médecins réellement compétents (non recrutés par le biais des amitiés particulières) et statutairement reconnus (informés de leurs droits et de leurs devoirs et rémunérés).

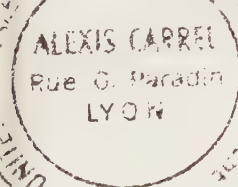
. Améliorer rapidement la formation et les conditions de travail du Service de Santé Scolaire pour un véritable contrôle médical de l'éducation physique et sportive.

. Initier tous les futurs médecins à un contrôle médico-sportif de base par l'intégration obligatoire des notions fondamentales de la Médecine du Sport au programme des études médicales (un tel fait médical ne doit pas être la propriété exclusive de spécialistes).

. Former des spécialistes de Médecine du Sport dignes de ce nom, ce qui ne peut se concevoir honnêtement que dans le cadre d'un C.E.S. comportant au minimum deux années d'études pour une meilleure maîtrise du "phénomène médico-sportif" (problèmes médicaux des sportifs et des activités sportives).

- Programme incomplet, mais déjà trop vaste car tellement dépendant d'une convergence d'initiatives donc de responsabilités et d'un dialogue constructif interministériel... On se prend à espérer pourtant, refusant d'admettre que tout cela n'est que vœux pieux.

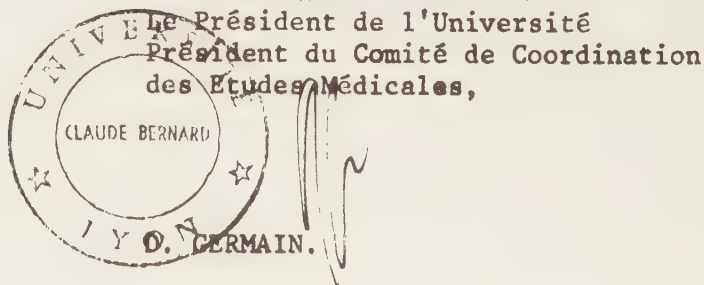
Vu : Le Doyen de la Faculté de Médecine
Alexis Carrel



* Professeur MOUJAN

Le Président GUILLET
Professeur Rénard de la Thèse,
Chirurgien des Hôpitaux

Vu et Permis d'imprimer
LYON, le 10 NOV. 1978



B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ANDRE J.L., DESCHAMPS J.P., VALANTIN G., GUEGUEN R.
Pression artérielle chez l'enfant et l'adolescent : valeurs normales et définition de l'hypertension.
La Nouvelle Presse Médicale, 1978, 7, 29, 2576.
- 2 - ANDRE J.L., DESCHAMPS J.P.
Présentation de standards pour les valeurs de tension artérielle chez l'enfant et l'adolescent.
Le Revue de Pédiatrie, 1978, 14, 4, 217-219.
- 3 - ANJOU A., BOCHU M., TRAN-MINH V.
L'exploration radiologique de la colonne lombaire et bombo-sacrée.
Cah. Med. Lyonnais 1973, 49, 9, 843-859.
- 4 - APOIL A., MOINET P., VIVIER
Avant-pied douloureux.
La Vie Médicale, 1975, 4, 33, 2719-2725.
- 5 - ARSIGNY D.
Morts subites au cours du sport.
Thèse Med. , Lille 1975.
- 6 - AULLEN J.P.
L'hypertension artérielle de l'enfant et de l'adolescent.
Concours Med., 1978, 100, 24, 4068-4070.
- 7 - BARBAZA J.
Ergonomie médico-sportive.
Thèse Med., Marseille 1971, n° 36.

- 8 - BATTESTI J.P.
Consultations méd. chir. : pneumothorax et moto.
Concours Med., 1977, 99, 33, 4833.
- 9 - BAUX S.
L'examen du pied douloureux.
La Vie Médicale 1975, 4, 33, 2681-2683.
- 10 - BAUX S.
La chirurgie du pied : ses conditions.
La Vie Médicale 1975, 4, 33, 2727-2728.
- 11 - BEAURY J., ECLACHE J.P.
Aptitude physique et catégorisation des recrues.
Médecine et armées, 1977, 5, 1, 43-48.
- 12 - BOEDA
Varices et Sports.
Médecine du Sport, 1972, 46, 4, 29-299.
- 13 - BOUCHARLAT J., MATIRE A., LEDRU J.
Sport et épilepsie de l'enfant.
Ann. Med. Psychol. (Paris), Mars 1973, 1, 392-401.
- 14 - BRAUN S. et PANAHI F.
Les assises plantaires anormales et pathologiques.
La Revue du Praticien 1978, 28, n° 14, 1071-1074.
- 15 - BRAUN S. et PANAHI F.
L'assise plantaire dite normale.
La Revue du Praticien, 1978, 28, n° 12, 915-917.
- 16 - BROUSOLLIE B.
Médecine de la plongée. La noyade en plongée.
Médecine et armées, 1975, 3, 10, 893-897.

- 17 - BURGER-WAGNER A.
Déviations antéro-postérieures du rachis : hypercyphoses, hyperlordoses, inversion vertébrale.
Immex, Dec. 1972, 1675-1689.
- 18 - CASTAING J., BURDIN Ph., DELPLACE J.
Les jambes arquées de l'adulte et du vieillard.
Concours Médical, 1977, 99, 5, 482-489.
- 19 - CASTAING J., FRIEH J.M.
L'inégalité de longueur des membres inférieurs. Diagnostic et orientation thérapeutique.
Concours Médical, 1978, 100, 5, 711-732.
- 20 - CHAOUAT Y., SIMON L., VILLIAUMEY J.
Sports et rhumatismes.
Concours Médical 1977, 99, 35, 5163-5169.
- 21 - CHOURAKI L.
Aspect rhumatologique du pied douloureux.
La Vie Médicale 1975, 4, 33, 2687-2692.
- 22 - CAUMES Yves
Mort subite de sujets jeunes au cours du sport : étude médico-légale.
Thèse Méd., Lille 1976, N° 334.
- 23 - CONAN Marcel
Pratique d'un sport (le cyclisme) chez un groupe de jeunes diabétiques insulino-dépendants.
Thèse Méd. Orléans Tours, 1977, N° 88, 99 p.
- 24 - CORBITT R.W. et Al.
Editorial : epileptics and contact sports.
JAMA, 1974, 229, 820-821.

- 25 - CORONE P., JULLIEN J.L.
"Le médecin traitant devant un enfant atteint d'une cardiopathie congénitale".
Entretiens de Bichat : Med. 1970 Expansion scientifique, Paris, 1970, pp. 67-72.
- 26 - COURY
Athlètes death.
Brit. Med. J., 1970, 4, 492.
- 27 - DECHELOTTE Y., LEON C., MERCIER H., CATHALAN G. et al.
La recherche systématique de l'hématurie chez le jeune adulte en milieu militaire.
Médecine et armées, 1975, 3, 3, 189-197.
- 28 - DELAHAYE J.P. et SILIE M.
Peut-on affirmer cliniquement l'anorganicité d'un souffle systolique ?
Cah. Med. 1976, 1, N° 31, 2169-2171.
- 29 - DELAHAYE R.P., GUEFFIER G., METGES P.J., NATHIE J.
La normalité dans l'examen radiologique du rachis.
Médecine et armées, 1973, 1, 15-23.
- 30 - DELEPINE N. et DELEPINE G.
Pied plat et genu valgum de l'enfant et de l'adolescent.
La Revue du Praticien, 1975, 26, n° 56, 4036-4039.
- 31 - DE MONDENARD J.P.
Diabète et activités sportives intenses.
Caducyle, 1976, 3, 11, 11-15.
- 32 - DE PAILLERETS F.
Le sport et l'enfant.
La Revue du Praticien, 1978, 28, 8, 589 et 612.

- 33 - DEROT M., ASSAN R.
Alimentation et activité musculaire chez le diabétique.
La Médecine Pratic., 1970, 26, 393, 12-95.
- 34 - DESCHAMPS J.P., ANDRE J.L.
Tension artérielle entre 4 et 18 ans.
La Revue de Pédiatrie, 1977, 13, 1, 41.
- 35 - DESGRIPPES Y.
Examen clinique et radiologique du rachis de l'enfant.
La Revue du Praticien, 1975, 25, 54, 4288-4291.
- 36 - DOYARD P.A.
Obésité de l'enfant.
Concours Médical, 1978, 100, 40, 6453-6463.
- 37 - DO TABRIZI M.
Le cardiologue, son malade, les activités physiques et le sport.
Thèse Med. Toulouse 1975, n° 221, 112 p.
- 38 - ERNOULD Ch.
L'activité physique de l'enfant diabétique. Colloque organisé par
l'Université Libre de Bruxelles sur "Sport et Diabète" le 3
Déc. 1977 - Livre édité par De Poher J.C. p. 35.
- 39 - ERNOULD Ch., DORCHY M., FRANCOIS B., GEUSSENS H., MOZIN M.J. and
LOEB H.
GUIDE du JEUNE DIABETIQUE.
Rev. Med. Liège, 1973, 28, 10, 341-346.
- 40 - FAYALA H.
Obstruction nasale et sport.
J.F. O.R.L. 1974, 23, 10, 875-880.

- 41 - FITCH K.D., GODFREY S.
Asthma and athletic performance.
JAMA, 1976, 236, 2, 152-157.
- 42 - FLANDROIS R., SEPETJIAN J. et LACOUR J.R.
La détermination de l'aptitude physique : les indices morphologiques et respiratoires.
Rev. Corps de Santé des Armées, 1966, 7, 6, 961-980.
- 43 - FRANCOIS R., MIROUZE J., DENARD Y., LESTRADET H.
Problèmes quotidiens du diabète.
Compte rendu du colloque tenu le 23.2.1975 et organisé conjointement par la F.F.B.B. et la Société Française de Médecine du Sport sur le thème "activités sportives et diabète".
- 44 - FREYCON M.T.
Conduite à tenir devant une protéinurie de l'enfant.
Cah. Med., 1976, 1, 28, 1969-1972.
- 45 - GAYRARD P., OREHEK J.
L'effet paradoxal de l'inspiration forcée : une nouvelle caractéristique de la maladie asthmatique ?
Sem. Hop. Paris, 1976, 52, 4, 229-232.
- 46 - GOFSTEIN N.
Conférences de cardiologie "Coeur et Sport" (F. PLAS et P. TALBOT)
Librairie Maloine A., 1972, Fascicule 11, 3-15.
- 47 - GUILLET R., GENETY J.
Abrégé de médecine du sport.
Masson ed. 1975 2e édition.
- 48 - HARDEL M., BAJOLET A., ELAERTS J.
Les souffles "innocents".
Sem. Hop. Paris, 1972, 48, n° 29, 2113- 2117.
- 49 - HENRARD J.C.
L'examen clinique et radiologique du rachis de l'adulte.
La Revue du Praticien, 1975, 25, n° 50, 3934-3938.

- 50 - HERIPRET G., PERVES A., TAUSSIG G.
Inégalités de longueur des membres inférieurs. Prévisions et indications générales pendant la croissance.
Rev. Chir. Orthop., 1972, 588, 733-739.
- 51 - HERMIER M.
L'orthopédie quotidienne du praticien.
Pédiatrie : A.C.E.M.L.
1974, 4, 121-124.
- 52 - HUGUET J., PIALOUX P., ANDRE P., LACCOUREYRE H. et al.
O.R.L. et Sport
Société Française de Médecine du Sport, F.F.B.B., Paris, 30 janvier 1977,
- 53 - JAMES T.N., FRAGATT P.
Sudden death in young athletes.
Ann. of Int. Med., 1967, 67, 5, 1013-1021.
- 54 - JOB J.C.
L'enfant trop petit.
Concours Med., 1977, 99, 25, 4141-4146.
- 55 - KOUVALCHOUK J.F.
Les scolioses.
Concours médical, 1971, 93, 16, 2941-2955.
- 56 - LAGRUE G.
"Protéinurie et hypertension artérielle interdisent-elles toujours la pratique du sport ?".
Sport et Médecine, 1975, n° 6, supplém. au n° 296 de Tribune Médicale.
- 57 - LEDERER R.J.
Responsabilité civile et Médecine du Sport.
Med. du Sport, 1977, 51, 4, 48-50.

- 58 - LELLOUCH J.
Pression artérielle, activité sportive et niveau social.
Quelques résultats.
Rev. Prat., 1972, 22, 16, 2567-2571.
- 59 - LESTRADET H. et Al.
Sport et diabète. Bulletin d'information de l'A.J.D. 1975, n° 3.
- 60 - LIVINGSTON S., BERMAN W.
Participation of epileptic patients in sport.
JAMA, 1973, 224, 2, 236-238.
- 61 - LIVINGSTON S. et Al.
Participation of the epileptic child in contact sport.
J. Sports. Med. 1974, 2, 3, 170-174.
- 62 - LORTAT-JACOB A., MONTAGNE P.
Pied plat de l'enfant.
La Vie Médicale 1975, 4, 33, 2711-2716.
- 63 - Mc LAURIN R.
Epilepsy and contact sports.
Factors contraindicating participation.
JAMA, 1973, 225, 285-7.
- 64 - MAINARD R., CADUDAL J.L.
L'hypertension artérielle du nourrisson et de l'enfant.
Ann. Pediat. 1972, 19, 6-7, 535-538.
- 65 - MALIERES H.
Diabète : la peur de l'hypoglycémie pendant l'effort n'est pas justifiée.
Les échos de la médecine 1975, 46, n° 7.
- 66 - MARDELLE T. CARRE R.
Les souffles innocents du sujet jeune. Etude analytique clinique et
phonomécanographique.
Médecine et armées, 1977, 5, 3, 207-216.

- 67 - MASSE P.
L'orthopédie courante chez l'enfant
Concours Médical, 1978, 100, 2, 169-178.
- 68 - MATHEVON P.
Le contrôle médico-sportif : étude générale et application à une
consultation hospitalière de médecine du sport.
Thèse Med. Grenoble 1976, N° 106.
- 69 - MEARY R., TOMENO B., MATTEI C.R.
Le pied creux de l'adolescent et de l'adulte.
Pied plat de l'adolescent et de l'adulte.
La Vie Médicale 1975, 4, 33, 2695-2708.
- 70 - MECHIN J.F., ALAIN J.L.
Scolioses.
La Revue de Pédiatrie, 1976, 12, 7, 385-393.
- 71 - MOUNIER - KUHN A.
L'inégalité de longueur des membres inférieurs.
Cah. Med. Lyonnais. 1974, 50, 33, 2555-2564.
- 72 - NIQUET G.
Coeur et sport.
Lille Médical, 1975, 20, n° spécial, 274-277.
- 73 - OAKLEY N.
Sudden death and sport.
Lancet, 1975, 7908, 584.
- 74 - OPIE L.H.
Sudden death and sport.
Lancet 1975, 7901, 263-66
Lancet, 1975, 7908, 678.

- 75 - OREHEK J., SARAGA E., GAYRARD P., GRIMAUD Ch., CHARPIN J.
Epreuve d'effort chez l'asthmatique.
Nouv. Presse Méd., 1975, 4, 39, 2789-2792.
- 76 - PERDRIEL G.
Les indications des verres de contact.
Médecine et armées, 1973, 1, 7, 63-65.
- 77 - PERVES A.
La scoliose en 1974.
Concours Médical, 1974, 96, 35, 5232-5242.
- 78 - PIERRE G.
Radioscopie d'un centre médico-sportif.
Thèse Med. Lyon, 1977.
- 79 - PIRART J.
L'adulte diabétique et l'exercice physique.
Colloque organisé par l'Université Libre de Bruxelles sur "Sport et Diabète" le 3 Déc. 1977.
Livre édité par De Porter J.C., 46 p.
- 80 - PLAS F.
"Les activités physiques et sportives chez l'enfant et l'adolescent".
Concours Med. 1973, 95, 46, 6944-48.
- 81 - PLAS F.
Le coeur forcé.
Gaz. Med. de France, 1961, 68, 1637-42.
- 82 - RAPPAPORT R.
Exploration d'un enfant obèse âgé de dix ans.
Revue du Prat., 1978, 28, 42, 3223-3224.

83 - REINHAREZ

Les varices des sportifs.

Société Française de Phlébologie - IIème colloque Franco-Allemand de Médecine du Sport, Strasbourg, 15-17 Nov. 1968.

Bull. Soc. Phébologie, 1969, 22, 3.

84 - SERRE M.

Intérêt et difficultés du contrôle médico-sportif.

Thèse Med. Lyon, 1978, N° 211.

85 - SCHMIT J.M., LEMONTEY Y.

De l'utilisation rationnelle des bandelettes réactives en biochimie clinique.

Médecine et armées, 1974, 2, 1, 29-38.

86 - SCHNEPP J.

Intérêt de la radiographie dans le traitement des pieds plats et des pieds creux.

Cah. Med. Lyonnais 1973, 49, 19, 1963-1965.

87 - TALBOT P.

Les interdits abusifs du sport.

Concours Médical, 1978, 100, 40, 6520-6522.

88 - TAUSSIG G.

Maladie de Scheuermann.

Concours Médical, 1975, 97, 26, 4327-2336.

89 - VACHER J., FAURE J.M., LEGLISE M.

Mortalité et morbidité du sport.

Vie Med. (n° spécial sport) juin 68, 37-41.

90 - VERHELST G.

Epilepsie et Sport.

Thèse Med. Lille 1978, N° 37, 65 p.

91 - VIALAS M.

Les pieds qui tournent.

Concours Médical, 1974, 96, 4, 503-516.

92 - VINIAKER H., OHLSSON M.G., GALAS J.M., VAILLANDET M. et GRILLAT J.P.

Epreuve d'effort chez les asthmatiques.

Ann. Med. de Nancy, Dec. 1976, 1297-1308.

93 - VOISIN G.

Le sport corporatif.

Thèse Med. Tours 1977, N° 29.

94 - WATTEW et Al.

Unexpected death of athletes.

Am. Journal of the Society for Clinicalnutrition, 72, 25, 7, 649-650.

95 - WELLINGER Cl.

Les ostéochondrites juvéniles de la cheville et du pied.

Rhumatologie, nov. 1976, 11-22.

S O M M A I R E

=====

	<u>Pages</u>
MEDECINE DU SPORT (DEFINITION DU CONSEIL DE L'EUROPE) :	1
INTRODUCTION	2
CHAPITRE I - NOTRE EXPERIENCE A FEYZIN	6
I - le contrôle médical à l'H.I.A. DESGENETTES	6
II - le contrôle médical à FEYZIN	7
III - le bilan	7
CHAPITRE II - LE CONTROLE MEDICO-SPORTIF, ETUDE GENERALE	14
I - l'évolution historique du contrôle médico-sportif	15
II - la réglementation officielle du contrôle médico-sportif	17
III - l'organisation générale du contrôle médico- sportif	20
IV - les objectifs médicaux du contrôle médico- sportif	56
CONCLUSION	65
CHAPITRE III - LE CONTROLE MEDICO-SPORTIF - PRATIQUE QUOTIDIENNE	68
I - sport et appareil cardio-vasculaire	68
II - sport et appareil pulmonaire	73
III - sport et rachis	75
IV - sport et membres inférieurs	80
V - sport et épilepsie	85
VI - sport, maladies métaboliques et croissance	86
VII - sport et examen d'urine	91
VIII - sport et ophtalmologie	92
IX - sport et O.R.L.	93
X - contrôle médico-sportif et législation en pratique quotidienne	95

	<u>Pages</u>
CHAPITRE IV - DISCUSSION	97
CHAPITRE V - PERSPECTIVES FEYZINOISES	110
I - la réalité Feyzinoise	111
II - les perspectives Feyzinoises	114
CONCLUSIONS	120
BIBLIOGRAPHIE	123

I. C. VAUBIECOUR
l'imprimerie des étudiants lyonnais
11 et 13 Rue Vaubecour
LYON 69002 - Tél. 42 - 45 - 85

I. C. VAUBECOUR
l'imprimerie des étudiants lyonnais
11 et 13 Rue Vaubecour
LYON 69002 - Tél. 42 - 45 - 85